

# 眼科問診票

看護師記入時間 ( : )
体温 °C 血圧 / mmHg
脈拍 回/分
呼吸数 回/分 Spo2 %
紹介状持参 無・有 ( )
かかりつけ医 無・有 ( )
持参資料 無・有 ( )
付き添い 無・有 ( )
薬手帳 あり・なし (スキャナ不要)

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生まれ ( ) 歳  
職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
【女性のみ】妊娠: していない・可能性あり・している ( ) 週・授乳中

## ●いつから、どのような症状がありますか？

どこ		どうしたのか	
右目	} が	視力低下	めやにが出る
左目		痛い	かゆい
両目		赤い	その他
		かすむ	( )

いつからですか？ ( )

## ●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん( )・脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)  
狭心症・心筋梗塞・喘息・高血圧・糖尿病・高脂血症  
その他( )  
※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？  
どなた( )が、いつ( )病名( )  
手術: いつ( )術名( )  
輸血: なし・あり

## ●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない・ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)  
( )

## ●アレルギーはありますか？

ない・ある(下記に記載)

気管支喘息・花粉症・食物( )・薬( )・造影剤

## ●生活歴について伺います。

喫煙・・・(吸わない・やめた・吸う) ( ) 本/日 ( ) 歳～ ( ) 歳まで  
飲酒・・・(飲まない・やめた・飲む) 種類( ) 量( ) 合 mL  
( ) 歳～ ( ) 歳まで ( ) 回/週・月

## ●今までに他の眼科の診察を受けましたか？

はい・いいえ

そこで何といわれましたか？ ( )

## ●現在

(メガネ  
老眼鏡  
コンタクト)

を使用している。

## ●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい・いいえ