

# 帯広眼科 初診問診票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 ( 年 月 日)

1、今一番困っているのは、どんな症状ですか？○をつけて下さい。

- ①腫れた ②かゆい ③目やにが出る ④痛い ⑤充血  
⑥乾く ⑦涙が出る ⑧二重に見える (両眼で、右で、左で)  
⑨かすむ ⑩糸の様なものが見える (飛蚊症) (光視症)  
⑪物がゆがんで見える ⑫目が疲れる  
⑬視力低下 (遠く、近く、両方) ⑭眼鏡を作りたい  
⑮その他 ( \_\_\_\_\_ )

2、どちらの目の具合が悪いですか？ ( 両 ・ 右 ・ 左 )

3、症状はいつからですか？ ( 日前～ ・ 月前～ ・ 年前～ )

4、今までに目の病気をされたことがありますか？ はい・いいえ  
緑内障・白内障・網膜剥離・眼底出血・他 ( \_\_\_\_\_ )

5、現在、他の眼科で治療中ですか？ はい・いいえ

(病院名： \_\_\_\_\_ ・ お薬手帳に記載あり)

6、治療中のご病気はありますか？ はい・いいえ

糖尿病・ぜんそく・心臓病・他 ( \_\_\_\_\_ )

7、薬にアレルギーがありますか？ はい・いいえ

(薬品名： \_\_\_\_\_ ・ 不明 )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正当な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

- ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 \*初診 加算1 6点。加算2 2点(マイカード使用時)  
\*再診 加算3 2点