

眼科 問診表

ID:			
	登録	問診	
済			
裏			代筆者

※カタカナでご記入願いたします。

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

※下記の質問にご回答ください。(初めてのの方は診療申込書もご記入ください)
 代筆においても、問診に虚偽内容があった場合は、次回以降の診療をお断りさせて頂く
 場合がございます。予めご了承ください。

※院内では、感染予防の為、必ずマスクの着用をお願い致します。

◎診察前体温 °C ◎同伴者体温 °C

<ul style="list-style-type: none"> ● 過去5日間以内に発熱はありましたか (37.5°C以上、または平熱より1°C高い) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 	月 日 から
○ 発熱やのどの痛み、その他風邪症状は4日以上続いていますか⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
○ 発症日から5日間以内に新型コロナウイルス感染者と接触した <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
○ 新型コロナウイルス感染症と診断されたことがある (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

どのような症状ですか→

いつごろから _____ 症状が出ている部位 両眼 右眼 左眼

眼鏡処方希望はありますか はい いいえ ※コンタクト処方はありません

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は検査員にご提示下さい。

いいえ はい →: _____ お薬手帳 あり なし

今までに薬でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

いいえ 薬剤名: _____

はい → アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

今までに下記の病気や手術歴などがありましたら記入して下さい。

緑内障 白内障 網膜剥離 アトピー 糖尿病 高血圧 心臓病 花粉症

鼻炎 喘息 腎臓病 その他(_____)

本日の診察後に運転をする予定はありますか？

いいえ はい →: 自動車 バイク 自転車

女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい(_____ 週目) 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

※妊娠中の方(可能性あり含む)、授乳中の方は、検査やお薬に制限が出る場合がございます。

ご記入ありがとうございました。