

眼科外来問診票

記入者： 関係：

お名前 年齢 歳 性別 男 女

1. どのような症状で来院されましたか

- どちらの眼ですか 左目 両目 右目
- 充血 目ヤニが1日中出る かすむ 視力低下 目がかゆい
- 黒いものが飛んで見える 涙が止まらない 目が痛い
- 物が二つに見える 見える範囲が狭くなった 物が曲がって見える
- (.....) 科の医師から 糖尿病 高血圧
- その他 (.....) のため受診を勧められた
- その他の眼の症状 (.....)

2. 眼鏡を使っていますか はい (遠くを見る用 老眼鏡 遠近両用) いいえ

3. コンタクトを使っていますか はい いいえ

4. 眼科の手術を受けたことがありますか

- 白内障 緑内障 眼底疾患 屈折矯正 (例：レーシック)
- その他 (.....)

5. 今までにかかったことのある病気はありますか

- 糖尿病 高血圧 喘息 アトピー 花粉症
- その他 (.....)

6. 内服中の薬を教えてください

.....
.....

お薬手帳はお持ちですか いいえ はい

7. 薬のアレルギーはありますか いいえ はい (.....)

8. 食べ物等のアレルギーはありますか いいえ はい (.....)

可能な限りご記入をお願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名	関係	☎
_____	_____	_____
氏名	関係	☎
_____	_____	_____

2. 世帯について教えてください

1人暮らし 配偶者と2人暮らし その他家族有り

3. 介護保険は利用していますか

未申請 申請中 申請済 (要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当)

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

かかりつけ医： _____ ☎ _____

地域包括： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

ケアマネ： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

生活保護ケースワーカー： _____ 役所 担当者 _____ ☎ _____

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい 悪い話は聞きたくない

ご要望： _____

6. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください

7. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

8. その他、ご意見、ご要望をご記入ください

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問い合わせください