

〔海谷眼科・緑内障センター問診票〕記入日； 年 月 日 担当

※患者様個人の情報は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。

ふりがな		性別	(明治・大正・昭和・平成・令和)
氏名		男・女	生年月日 年 月 日 (才)
住所	〒 (マンション・アパート名、部屋番号も記入)		
TEL	()	携帯TEL	()

☆本日は、予約でのご来院ですか。 はい / いいえ

1. 本日はどのような症状で受診されましたか。 (両眼 / 右眼 / 左眼)

2. 症状はいつ頃からですか。 から

3. 今回の症状で他の医療機関を受診されてますか？

・はい(医療機関名 病名) ・いいえ

他院からの紹介状や検査結果はお持ちですか。 はい / いいえ

4. ご自身の緑内障状況に関してお答えください。

・緑内障(あるいは眼圧が高い)と初めて言われた時期はいつですか？
(今年 月) または (西暦 年頃)

・治療前の眼圧の値はいくつ位でしたか？
右目 ()位 左目 ()位 ・ わからない

・最近の眼圧の値はいくつ位ですか？
右目は (治療中 ・ 無治療) で ()位 ・ わからない
左目は (治療中 ・ 無治療) で ()位 ・ わからない

・今の見え方不自由ですか？
不自由でない ・ 少し不自由 ・ 不自由 ・ とても不自由

・血のつながりのある方に緑内障の方はいますか？
いる (続柄) いない ・ わからない

5. 現在、当てはまる項目がありますか。

・過去に眼の手術を受けた (病名) (いつ)

・高血圧 ・心臓病 ・アトピー ・脳梗塞 ・喘息 ・透析中 ・認知症

・糖尿病 (糖尿病手帳の持参 有 ・ 無) ・妊娠中もしくは授乳中

・その他、現在治療中の病気

・使用中のお薬(手帳をお持ちの方はご提示ください)

6. お薬のアレルギーはありますか。

・はい (薬名) ・ いいえ

7. メガネを使用されていますか。 はい (・本日持っている ・持っていない) ・いいえ

8. コンタクトレンズを使用されていますか。 はい (・本日装用中 ・していない) ・いいえ

9. 本日はお車をご自分で運転されてのご来院ですか？ はい・いいえ

10. 眼底の精査が必要な際、散瞳しても良いですか？(半日程眩しくなります) はい・いいえ