

<緑内障検診用問診票>

ひらがな
お名前 _____ 男・女

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ご住所 〒 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

- ①症状や来院の理由を2つまで選んでください。 (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 緑内障が心配 | <input type="checkbox"/> 人間ドック等の結果、受診を勧められた |
| <input type="checkbox"/> 見えにくい (遠く・近く) | <input type="checkbox"/> 強度近視がある |
| <input type="checkbox"/> かすむ | <input type="checkbox"/> 視野に欠けたところがある |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

②症状が出たのはいつからですか。 (_____) から

③緑内障の家族歴はありますか。

- ない ある ⇒ 祖父母 ・ 父母 ・ 兄弟姉妹 ・ 子

④今まで眼の病気をしたことがありますか。

- ない ある ⇒ 病名 (_____)

⑤今まで下記の病気にかかったことがありますか。

- ない ある ⇒ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病
アレルギー性疾患 (花粉症 ・ 鼻炎 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎)

⑥今まで飲み薬・目薬・注射などで具合が悪くなったり、発疹が出たりしたことがありますか。

- ない ある ⇒ 薬品名 (_____)

⑦女性のみ 現在、妊娠または授乳中ですか。(妊娠の可能性を含む)

- いいえ はい (_____ カ月)

⑧その他、医師に知らせておきたいことやご希望等がありましたらお書きください。

⑨当クリニックを何でお知りになりましたか。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 知人 (_____ 様) の紹介で | <input type="checkbox"/> 前を通過して |
| <input type="checkbox"/> 看板チラシで | <input type="checkbox"/> インターネットで |
| | <input type="checkbox"/> 電話帳で |
| | (<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スマホ) |

受付時のお手続きがスムーズになりますので、ご記入の上ご来院時に受付へご提示ください。