

# 眼科問診票

(日付: )

(ID: )

フリガナ

氏名 ( 才)電話番号

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意 しない する 持っていない

\*本日どうされましたか？

\*いつからですか？ ( 年 月 日)

\*今までに、眼の病気や手術をしたことがありますか？

・はい 病名( )  
いつ( 年 月 日)

・いいえ

\*今までに、体の病気や手術をしたことがありますか？

・はい 病名( )  
いつ( 年 月 日)

・いいえ

\*現在、治療中の病気はありますか？

・はい 病名( )  
いつ( 年 月 日)

・いいえ

\*お薬・注射で気分が悪くなったり、発疹が出た事がありますか？

・はい 薬の名前( )

・いいえ

\*3カ月以内に海外への渡航歴はありますか？

・はい 渡航した国(都市まで記入)( )  
渡航期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで

・いいえ

\*女性の方へ 現在妊娠していますか？

・はい ( ヶ月)

・いいえ