20240501_1.0

眼科外来・初診問診票

※本日初診は診察や検査が多く、夕方近くになる可能性があります

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　ご年齢：＿＿＿＿＿歳

[本日の状況]

・めやに（□あり・□なし）　・充血（□あり・□なし）

・本日は自分で運転してこられましたか？

□いいえ　□はい　→　散瞳すると 5-6 時間運転ができません

・本日はお付き添いの方はいますか？

□いいえ　□はい　→　どなたですか？（　　）

・かかりつけ眼科より当院を紹介された経過を教えてください

1. これまでにかかった病気で当てはまるものに印をつけてください

□透析中　□結核　□うつ病　□精神疾患

2. 当てはまるものがありましたら、印を入れてください。

□一人暮らし　□手術や治療時サポートしてくれる人がいない

□自分で点眼できない　□点眼の的外れが多い　□物忘れがある

□閉所恐怖症　□先端恐怖症　□パニックになりやすい

□運転免許の更新が心配　□治療・入院・手術の費用が知りたい

□視覚障害に対して公的なサービスを受ける方法を知りたい

3. 介護保険サービスを利用されていますか？　□いいえ

□はい　→介護度は（要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５）

利用しているサービス（　　）

4. 医師に伝えたいことや看護師に相談したいことがありますか？