松尾形成外科・眼瞼クリニックを受診された患者様へ

受診日　　年　　月　　日

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

氏名　　生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日

住所　〒

電話番号　　携帯番号

緊急連絡先（本人以外）

① どのような理由で診察をご希望ですか？　具体的にご記入下さい。
（いつ頃から、どのような症状がありますか）

② 今までにかかったことのある病気にチェックをして下さい。
□心臓の病気　□肝臓の病気　□腎臓の病気　□高血圧　□糖尿病　□脳の病気　□喘息
□その他（ケガなども含めて）
※上記に当てはまる方は病名等具体的に下記にご記入して下さい。
（　　）

③ 病気で手術を受けたことはありますか？　□ある　□ない
ある方は、分かる範囲でご記入下さい。

その時、輸血はしましたか？　□した　□してない

④　現在、医療機関から処方された薬を飲んでいますか？　□飲んでいる　□飲んでいない
飲んでいる方は、お薬手帳を必ずご提示ください。ない場合はご記入下さい。

1.
2.
3.
4.
5.

アレルギーについて教えて下さい。

① 今までに手術や歯の治療などの局所麻酔、または内服薬や注射薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか？　□ある　□ない
ある方は、その名前と症状について教えて下さい。
（　　）

② 今までに消毒薬・化粧品・金属・下着などで、皮膚にアレルギー反応を起こしたことがありますか？
□ある　□ない
ある方は、その名前と症状について教えて下さい。
（　　）

③ 食物アレルギーはありますか？　□ある　□ない
ある方は、その名前と症状について教えて下さい。
（　　）

④ その他のアレルギーがありますか？　□ある　□ない
ある方は、そのアレルギーの物質、症状について教えて下さい。
（　　）

生活習慣について教えて下さい。

① タバコを吸いますか？　□吸う（1日　　本）　□吸わない

② お酒を飲みますか？
□飲まない　□毎日　□時々　□機会飲酒　□飲む（1日　　本）例：ビール３５０ｍｌ缶２本

③ 普段比較的よく食べる嗜好品に丸をして下さい。
□納豆　□青汁　□朝鮮人参　□サプリ
□肉より魚　□魚より肉　□肉も魚も食べない　□肉も魚も食べる

④ あなたのご家族も同じような病気や症状の人がいますか？　□いる　□いない
いる方は、その病名を教えて下さい。
（　　）

⑤ 女性の方はお答え下さい。
現在妊娠している可能性について教えて下さい（内服薬使用のための確認です）
□してない　□している　□分からない　□現在妊娠中

⑥ 当院をどこで知りましたか？（重複可）
□ホームページ　□パソコン　□モバイル　□知人　□近所にお住まい　□新聞　□テレビ
□ラジオ　□駅の表示灯　□道路の看板　□信州大学医学部附属病院
紹介（　　）その他（　　）

診療に必要な画像撮影について

① 当院では患者様への最良の医療を提供することを使命としております。
検査・診断・治療計画を立て治療経過を評価するため、画像（写真、動画）などが必要になります。
ご本人よりご希望があれば手続きの上、提供いたします。

② 今後の医療の為に、受診により生じた画像（写真、動画）を治療だけではなく、研究や学会発表に使用させていただきたくご協力をお願い申し上げます。
本人が特定されるような画像を実際に使用させて頂く際は、同意を頂いた上で使用いたします。

松尾形成外科・眼瞼クリニック

・診療時の撮影について
□同意します　　□同意しません

承諾日　西暦　　年　　月　　日

患者様署名

親権者または立会人様署名（患者様との続柄）

（　　）

まぶたに関する既往歴について教えて下さい

① これまでにまぶたの手術（埋没方を含む）を受けたことがありますか？
□ない　□ある

② どのような手術を受けましたか？
□埋没法　□切開法　□ケガによる手術　□その他（　　）
手術日・手術をした医療機関名・担当医・術式等、お分かりになる範囲で詳しくご記入下さい。

③ コンタクトレンズを使ったことがありますか？
□ない　□ある
ハード・ソフト　　使用年月（　　年）

④ 瞼をこする習慣がありますか？
□ない　□花粉症　□アトピー　□メイクオフ　□かゆみ　□その他（　　）

⑤ 水泳用ゴーグルの使用歴が幼少期を含めてありますか？（授業、スイミング、趣味等）
□ない　□ある　　使用年月（　　年）

⑥ アイプチ、アイテープ等の二重メイクを行っていますか？
□いいえ
□はい
・種類　　・いつ頃から　　・頻度

⑦ 日舞やバレエ、コスプレなどの習い事や趣味で濃いアイメイクをすることがありましたか？
□ない　　□ある　　何年間（　　）

⑧ 点眼薬（目薬）の使用について
頻度：□毎日　　□たまに　□ほとんど使用しない　□その他（　　）
いつ頃から使用していますか：

あなたはどのような症状がありますか？瞼の不調が原因の場合があります。
当てはまる症状すべてにチェックを入れて下さい

1：眼精疲労
□ない
□ある（目が痛い、目のかすみ、充血）（全身症状：　　）

2：頭痛
□ない
□ズキズキする　□ズキズキしない
□目の上奥が痛い　□こめかみが痛い　□後頭部が痛い
□顔が痛い（まぶた、おでこ、眉頭、眉間、小鼻）
□閃輝暗点（チカチカ・キラキラした光が現れて、ものが見えにくくなる）がある
□まぶたを閉じると砂嵐・アメーバー・万華鏡が見える

3：まぶしい
□ない
□いつもまぶしい　□夜の車の運転がまぶしい　□サングラスを使っている

4：ドライアイ
□ない
□眼科にかかっている　□点眼している（薬品名：　　）

5：めまい
□ない
□フワフワする　□クルクルする　□呂律（ろれつ）がまわらなくなることがある

6：項（うなじ）・肩のこり
□ない
□項のこりが強い　□肩こりが強い　□首が左右に回らない
□頚椎症がある　□指のしびれがある（右・左　　）
□40 肩・50 肩をした（　　才）（右、左、両側）

7：身体中のこり
□ない
□腰痛がある　□股関節がこる　□膝関節がこる
□こむらかえりが起きる　□足の裏がつる
□就寝時等、足がムズムズしてじっとしていられない

８：覚醒異常（かくせいいじょう）

□ない

□朝なかなか目が覚めない　□いつも眠い　□頭がすっきりしない

□食事・酒・風呂で眠ってしまう

９：睡眠障害（すいみんしょうがい）

□ない

□入眠困難（なかなねむれない）　□中途覚醒（夜中に目が覚める）

□早朝覚醒（早く目覚めてしまう）　□熟眠障害（眠った気がしない）

□特発性過眠症（いつまででも眠ってられる）　□いつも夢ばかり見る

□仰向けで眠っている　□横向きで眠っている　□両方で眠っている

□寝返りで目が覚める　□寝言を言う　□自分の寝言で目が覚める

１０：ゆううつ

□ない

□落ち込みやすい　□何も楽しめない　□何にも関心が持てない

□わずらわしい　□食欲が沸かない　□息苦しい

１１：不安

□ない

□落ち着きのなさ、緊張感、または神経の高ぶりがある

□集中困難、または心が空白になることがある

□すぐキレて怒ってしまう　□身体中の筋肉が緊張していて硬い

□ドキドキする　□手に汗をかく

１２：かみしめ

□ない

□いつも歯をかみしめている　□いつも舌で歯を押している

□顎関節症がある（右・左・両側・分からない）　□歯ぎしりをする

□歯周病がある（　　才より）

□よくかみしめるものを食べる（　　例：ガム、せんべい）

１３：呼吸困難

□ない

□息がしづらい　□鼻がつまる　□喉がいがらっぽい、つまる

□呼吸が深くできない　□咳ぜんそくがある

１４：過敏性腸症候群（下痢や便秘を繰り返す）

□ない

□便秘する　□下痢する　□便秘や下痢を繰り返す　□胃がムカムカする

１５：泌尿器系の症状

□ない

□前立腺が大きい（排尿に時間がかかる、残尿感がある）

□過活動膀胱がある（急にトイレに行きたくなる、がまんすることができない）

１６：冷え性

□ない　□手足が冷たい　□手が冷たい　□手よりも足が冷たい

１７：自律神経失調症

□ない　□自覚がある　□診断を受けた

１８：認知機能の低下

□ない　□ものを思い出せない　□決められない　□段取りが悪い　□やる気が起きない

女性への質問１

９：更年期障害

□ない　□ある（ほてる・よく汗をかく・気分が沈む　　）

２０：ＰＭＳ（月経前症候群）

□ない　□ある（イライラする・だるい・むくむ　　）