

# 問 診 票

マイナ保険証の情報取得同意 (有 無)

本日おいでいただいた目的を、○をつけるか、できるだけ具体的に書いてください。  
コンタクトの処方をご希望の方は、別紙のコンタクトレンズ問診票にも記入してください。  
当面の間、院内ではマスクの着用をお願いいたします。

ふりがな  
お名前

\_\_\_\_\_

職業

\_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 年齢\_\_才 男・女

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

感染症対策のためにお聞きします。

ご家族・勤め先・学校等で感染症またはその疑いのある方はいませんか？

いない・いる ( \_\_\_\_\_ )

## 【1】 来院された目的について

- ( \_\_\_\_\_ ) で受診をすすめられた。 紹介状 [ 有 無 ]
- 定期検診
- メガネを作りたい。
- 目について今困っていることは？ [ ある→①へ ない→5. へ ]
  - いつ頃からですか？ [ \_\_\_\_\_ ]
  - どちらの目ですか？ [ 両目 右目 左目 ]
  - どのようにわるいのですか？ [ ぶつけた 涙が出る 赤い 見にくい 痛い かゆい まぶたのはれ 目やにが出る ゴロゴロする まぶしい 疲れ目 かわく 黒いものが見える その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]
- 現在、他の眼科に通院中ですか？ [ はい (病院名 \_\_\_\_\_) いいえ ]  
どのような病気ですか？ [ 白内障 緑内障 その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]
- メガネを [ 使っている 使っていない ] コンタクトを [ 使っている 使っていない ]
  - \*メガネ [ 遠くを見るメガネ 老眼鏡 遠近両用 (購入日 \_\_\_\_\_) ]  
調子よい 調子わるい (どのように？ \_\_\_\_\_ )
  - \*コンタクト [ ハード ソフト 使い捨て (購入日 \_\_\_\_\_) ]  
調子よい 調子わるい (どのように？ \_\_\_\_\_ )
 本日はコンタクトレンズを装用して来ましたか？ [ はい いいえ ]  
※コンタクトレンズは診察の前に外していただきます。
- その他、気になることがありましたらご記入ください。  
[ \_\_\_\_\_ ]

## 【2】 今までに目の病気にかかったことがありましたらお書きください。

白内障 緑内障 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 【3】 以前かかった、または現在治療中の病気やお体の状況を教えてください。

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎  
妊娠中 妊娠の予定または可能性 授乳中 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
通院中の病医院 ( \_\_\_\_\_ ) 投薬 ( 有 無 )

## 【4】 直近1年以内の健診受診 ( 有 無 ) (特定健診 高齢者健診 成人健診 その他 \_\_\_\_\_ )

## 【5】 お薬で異常が出たことがありますか？

有 無 (薬の名前 \_\_\_\_\_ )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)