

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wak 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 6点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)