

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。

◆医療情報取得加算 初診時1点 再診時(3ヶ月に1回) 1点