

問 診 票

ふりがな

記入日 年 月 日

氏 名 性別 男 ・ 女

生年月日 西暦 年 月 日生 (歳)

〒

住所 TEL - -

(1) 今日はどうなさいましたか？あてはまるものを○で囲んでください。

・痛い (右/左)	・かわく (右/左)	・かゆい (右/左)	・つかれる (右/左)
・見えにくい (右/左)	・充血する (右/左)	・めやにが出る (右/左)	
・涙がとまらない (右/左)	・腫れがある (右/左)	・メガネを作りたい	
・コンタクトレンズを作りたい→ (2~14の間診と2ページ目もご記入ください)			
・その他 具体的にお書きください ()			

(2) いつ頃からその症状がありますか？ ()

(3) 今までに眼の病気にかかったり、目にけがをしたことがありますか？

・はい (病名:) ・ いいえ

(4) 緑内障と言われたことはありますか？ はい ・ いいえ

(5) 糖尿病、高血圧、心臓病、その他の全身疾患の診断を受けたことがありますか？

・はい (糖尿病・高血圧・心臓病・その他 ()) ・ いいえ

(6) 現在、ほかの病院に通院されていますか？ はい ・ いいえ

“はい”の場合：医療機関名 ()
病名 (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ その他 ())

(7) 使用中の点眼薬、内服薬はありますか？ はい ・ いいえ

“はい”の場合：薬名 ()

(8) 今までにくすりや注射のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

“はい”の場合：薬名 ()

(9) 女性の方は、妊娠中または授乳中ですか？ はい (妊娠中 ・ 授乳中) ・ いいえ

(10) 過去1年間に健診 (特定健診・高齢者健診など) を受けましたか？ はい ・ いいえ

“はい”の場合：受診時期 () 指導事項 ()

(11) 本日、マイナ保険証をご持参されましたか？ はい ・ いいえ

(12) マイナ保険証での受診の方は、診療情報 (服薬歴、健康歴など) を当院が取得する事に同意されましたか？ はい ・ いいえ

(13) 普段コンタクトレンズを使用していますか？ はい ・ いいえ

“はい”の場合お選びください：ソフト (1day ・ 2week ・ その他) ・ ハード

(14) 当院をどのようにお知りになりましたか？

・ご紹介 ・ 駅看板 ・ ホームページ ・ 道路脇看板 ・ その他 ()

当院は、診療情報を取得・活用する事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：保険証の場合 加算1として3点 マイナ保険証の場合 加算2として1点
再診時：保険証の場合 加算3として2点 マイナ保険証の場合 加算4として1点

