問 診 票

ふりがな

〈生年月日〉

お名前　　男・女（　歳）明・大・昭・平・令　年　月　日

住所

電話番号　（　　）　　ー　　職業

1. 今日は何が心配で来院されましたか？　　右目 ・ 左目（○で囲んでください）

・目やに　・目が赤い　・かゆい　・腫れ　・痛い　・涙が出る　・疲れる　・かわく

・ゴロゴロする　・まぶたが重い　・視力低下　・ゆがんで見える　・かすむ　・しょぼしょぼする

・ゴミが入った　・虫や糸くずが飛んでいる　・検診、病院、学校で受診をすすめられた

・メガネを作りたい　・コンタクトレンズを作りたい（ソフト・ハード・使い捨て）

その他 [　　]

2. それはいつ頃からですか？

3. 今まで目の病気や手術をしたことがありますか？　（ はい ・ いいえ ）

いつ頃：[　　]　病院名：[　　]

どのような病気（手術）：[　　]

4. 現在、目薬を使用していますか？　（ はい ・ いいえ ）

どのような目薬：　緑内障　白内障　ドライアイ　結膜炎　その他：[　　]

目薬の名前がわかればご記入ください：

[　　]

5. メガネを使用していますか？　（ はい ・ いいえ ）

6. コンタクトレンズを使用していますか？　（ はい ・ いいえ ）

使い捨て：（1day　2week　1month）　その他（　　）

今装用している　持参している

7. 現在かかっている病気はありますか？　（ はい ・ いいえ ）

糖尿病　高血圧　心臓病　喘息　アトピー性皮膚炎　アレルギー疾患

その他 [　　]

8. 現在、何か飲み薬（サプリメントを含む）は飲んでいますか？　（ はい ・ いいえ ）

お薬の名前がわかればご記入ください：[　　]

9. 今まで薬や食品でアレルギーはありましたか？　（ はい ・ いいえ ）

具体的にご記入ください：[　　]

10. 女性の方で該当する方はご記入ください　（ 妊娠中 ・ 授乳中 ）

11. 車・バイク・自転車を運転して来院されましたか？　（ はい ・ いいえ ）

12. 当院をお知りになった理由をお聞かせください

（駅看板・電話帳広告・紹介　知人・病院名　　・その他

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　（ はい ・ いいえ ）

14. 過去1年間に特定検診か高齢者検診は受診されましたか？　（ はい ・ いいえ ）

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。