

# 問 診 票

記入日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
お名前				
ご住所	〒 自宅または携帯電話 ( )			
家族連絡先	名前:	続柄:	電話:	

本日一緒に来院された方はいますか → 無し・連絡先①の方・その他 ( )

1. 他の医療機関からの紹介状はありますか。 なし ・ あり
2. 本日はどのようなことで受診されましたか
  - ・どちらの目ですか ( 右 ・ 左 ・ 両 )
  - ・いつ頃からですか ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) 力月前
  - 見えづらい    ゆがむ    二重に見える    黒いものが見える    かゆい    目やにが出る
  - 充血している    痛みがある    かたく    ごろごろ    その他 ( )
  - ・メガネ処方希望    ・コンタクト処方希望 (初めて・使用経験あり・定期処方希望)
  - ・白内障手術希望 →多焦点レンズ (選定療養) について関心はありますか ( はい ・ いいえ )
3. メガネやコンタクトは使用していますか ( はい ・ いいえ )
  - メガネの方    遠用 ・ 老眼鏡 ・ その他 ( )
  - コンタクトの方    ハード ・ ソフト ( 1Day ・ 2week ・ その他 )
4. 今まで目の病気をしたことがありますか
  - なし ・ あり →病名 ( ) 病院名 ( )
  - いつ頃 ( ) 手術治療の有無 ( あり ・ なし )
  - 当院院長の治療・手術を受けたことがありますか ( はい ・ いいえ )
5. 今まで病気にかかったことはありますか ( はい ・ いいえ )
  - 高血圧    糖尿病 (HbA1c % )    不整脈    心疾患 (狭心症など)    喘息    前立腺肥大
  - 腎機能障害    肝機能障害    脳疾患    その他 ( )
6. 今までにアレルギーを起こしたことがありますか
  - なし ・ あり →何のアレルギーですか ( )
7. たばこは吸っていますか ( 吸う ・ 吸わない ・ 禁煙した )
  - 喫煙本数    年齢:    歳 ~    歳    1日    本
8. 本日医師が必要と判断した場合散瞳する検査は可能ですか ( はい ・ いいえ )
  - 散瞳検査をすると4~5時間見えにくい、まぶしいなどの症状が出ますので、運転はお控え頂いております
9. 女性の方のみお答えください
  - 妊娠中ですか ( はい ・ いいえ )    授乳中ですか ( はい ・ いいえ )
10. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか ( 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致します。  
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1: 4~6点 加算2: 2点(マイナ保険証を利用した場合)

ご記入ありがとうございます。お薬手帳や糖尿病連携手帳など治療中の手帳があればご提示お願いします。