問 診 票

フリガナ			電話番号（自宅）	（　　）
お名前		男・女	電話番号（携帯）	（　　）
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日		年齢	才
住所	〒□□□-□□□□			
勤務先			職種	

1) 今日はどうなさいましたか（いくつ選んでいただいてもかまいません）

（ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ）　いつから（　　）

痛い ・ かゆい ・ めやにが出る ・ 乾く ・ 充血する ・ 涙が止まらない
かすむ ・ 見えにくい ・ 疲れる ・ 見えない部分がある ・ 黒いものが見える ・ メガネを作りたい
その他（　　）

他の医療機関からの紹介状はありますか（ はい ・ いいえ ）

◎ 付添の方がいらっしゃる場合、診察室に一緒に入られますか？ （ はい ・ いいえ ）

2) 視力検査はご希望ですか （ あり ・ なし ）

3) 今までに眼科にかかったことがありますか （ ある ・ ない ）

白内障 ・ 緑内障 ・ アレルギー ・ その他（　　）
医療機関名（　　）いつ頃（　　）

4) 現在かかっている病気（もしくは今までかかった大きな病気）はありますか

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 胃／十二指腸潰瘍 ・ 喘息 ・ 鼻炎
その他 （　　）

5) 現在、服用中の薬はありますか（お薬手帳等お持ちでしたら、職員にお見せ下さい）

ない ・ ある （　　）

6) いままでに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか

ない ・ ある （　　）

7) 普段コンタクトレンズを装用していますか （ はい ・ いいえ ）

- **本日装用していますか** （ はい ・ いいえ ） ・ **コンタクト歴**（　　年）
- ハード ・ ソフト（ 1day ・ 2week ・ 1month ・ その他 ）
- わかる方はレンズ名（　　） 度数（右眼/　　）（左眼/　　）

8) 現在妊娠している、またはその可能性はありますか （ ない ・ ある ） （　　ヶ月）

9) 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 ）

10) 1年以内に健診（特定健診または高齢者健診）を受けられましたか

はい（時期:　　指摘事項:　　）・ いいえ

11) 当院をどのようにしてお知りになられましたか

- お知り合い（ ご家族 ・ ご友人 ・ 職場の同僚 ） からの紹介
  →差支えなければお名前、ご家族の方は続柄をご記入ください（　　）
- ホームページを見て ・ 看板を見て ・ 医院の前を通りかかった ・その他（　　）

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。
正当な情報を取得・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。