

診察申し込み問診表

年 月 日

フリガナ 氏名	男 ・ 女	
	職業	
生年月日	大・昭・平・令・西暦	年 月 日生 (才)
住所	〒 —	
電話	— — 緊急用	— — 続柄

★マイナンバーカード保険証による情報取得(薬の情報・特定健診情報)に同意しますか？

はい 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。
いいえ 正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

★他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ はい

☆仕事中・通勤途中・学校生活中・登下校中の負傷ですか？ いいえ はい(労災・スポーツ保険の対象です)

☆自動車事故に関係するものですか？ いいえ はい(自賠責保険の対象です)

☆他人(第三者)から受けた負傷ですか？ いいえ はい(第三者行為の対象です)

☆いつごろから症状がありますか？

・今日 日前から 週間前から ヶ月前から 年前から

☆どちらの目ですか？ ・右目 ・左目 ・両目 ・まぶた(右 左 両)

☆どのような症状ですか？

・目ヤニが出る ・充血 ・かゆい ・痛い ・涙が出る ・腫れている
 ・ゴロゴロする ・乾く ・疲れる ・まぶしい ・異物が入った ・飛蚊症 (黒い点、キラキラしたもの、糸くずのようなもの)
 ・見えにくい(遠く 手元) ・二重に見える ・歪んで見える ・学校検診での指摘
 ・白内障手術(検査)希望 ・緑内障検査希望 ・健康診断での指摘()
 ・眼鏡を作りたい ・コンタクトレンズを作りたい ※目の状態等により購入できない場合があります。
 ※処方箋のみの発行はしていません。18歳未満の方は要保護者同伴
 ・その他()

☆メガネやコンタクトレンズを使用しますか？

・使用していない ・メガネ(遠用 老眼鏡 遠近両用) ・ハードコンタクト ・ソフトコンタクト(1d 2w 1M 通年)

★本日、コンタクトレンズは装用中ですか？ いいえ はい(1日用 2週間用 1ヶ月用 ハードコンタクト)

☆本日の来院手段についてお尋ねします。

・徒歩 ・自転車 ・バイク ・車(自分で運転 ・乗せて来てもらった) ・タクシー ・バス

☆今までに目や、まぶたの手術(美容も含む)を受けたことがありますか？それはいつ頃ですか？ (年頃)

ない ある 白内障(右 左 両) レーシック その他()

☆現在、他の眼科を受診中でしょうか？

いいえ はい ※眼科名() 処方薬名()

☆現在、治療中の病気や服用中のお薬はありますか？

いいえ はい 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎
腎臓病(人工透析中) 前立腺肥大 膠原病 リウマチ その他()

※病院名() 服用中の薬名()

☆薬や注射などで具合が悪くなったことやアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ある ・アルコール綿 ・抗生物質() ・その他()

☆女性の方へ伺います。

現在、妊娠の可能性・妊娠中・授乳中ですか？ いいえ はい(週) 授乳中