

問診票

ふりがな

生年月日

お名前

男・女 (歳) 大・昭・平・令 年 月 日

〒

住所

電話番号

()

―

携帯番号

()

―

次の項目に○または記入をお願いします。

1. 今日はどうされましたか

いつ頃から	〔 〕	右眼	・	左眼	・	両眼	が、
・見えにくい	・かゆい	・充血	・目やに	・痛い	・涙が出る	・コロコロする	
・乾く	・虫が飛んで見える	・眼鏡処方	・コンタクト希望	・検診希望			
・自費診療希望（近視進行予防、ICL、ドライアイ治療 等）							

その他 〔 〕

2. 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）: 〔 〕

3. 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 〔 〕

目薬の名前が分かればご記入ください 〔 〕

4. 眼鏡またはコンタクトレンズを使用していますか (はい ・ いいえ)

眼鏡 老眼鏡 使い捨て (1day 2week 1month) ハード

いつ頃から 〔 〕

5. 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 てんかん アトピー 甲状腺

その他 〔 〕

6. 現在、何か飲み薬は飲んでいますか (はい ・ いいえ)

お薬の名前が分かればご記入ください: 〔 〕

7. 今まで薬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: 〔 〕

8. 女性の方へ 現在妊娠中または授乳中ですか (いいえ ・ 妊娠中 ・ 授乳中)

9. 本日はどのような手段で来院されましたか

徒歩 自転車 バス・タクシー バイク 自家用車 (運転 ・ 同乗)

10. 診察医のご希望はありますか (杉本医師 三笥医師 どちらでもいい)

11. 当院がマイナ保険証によりあなたの診療情報を取得することに同意しますか

(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いたします。