

問診表

ふりがな ()	生年月日: S・H・R	年	月	日
お名前		男	・	女
郵便番号 〒 -	電話番号 () -			
ご住所	携帯番号 () -			

1、どちらの目の具合が悪いですか？ (両目 ・ 右目 ・ 左目)

2、症状はいつからですか？ (今日 ・ 日前～ ・ ヶ月前～ ・ 年前～)

3、本日の来院理由は、

見えにくい・かゆい・目やに・痛い・充血・乾く・飛蚊症・二重に見える・涙が出る・眼鏡が合わない

ゆがんで見える・まぶたが腫れた・目をぶつけた・健診で指摘・コンタクト処方希望 ※その他()

他院からの紹介状あり (病院名)

↳ コンタクト用の問診表もございます。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか 同意した ・ 同意していない

4、普段コンタクト装用 (あり/ワ 1day or 2week ・ ハード) [メ-カ名] ・ していない)

装用ありの方 → 本日装用 (あり ・ なし)

5、今までに目の病気、または目の手術をされたことがありますか？ (レーシック含) はい ・ いいえ

はいとお答えの方… (両目・右目・左目 病名: いつ頃)

6、今現在、他の眼科で治療中ですか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方… (病院名: 病名: 薬:)

7、以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？

糖尿病 (HbA1c %) ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ アトピー ・ 抗うつ薬服用中

その他 ()

8、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方… (薬品名: 食べ物:)

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

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

(初診料) 加算1 6点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合) **裏に続く**

10、本日は、

(車で来院 ・ バイクで来院 ・ 自転車で行来院 ・ 歩いで来院 ・ 送ってもらった ・ バス)

11、当院を何でお知りになりましたか？(○で囲んでください。)

① 当院ホームページ ② 病院なび ③ 看板 (新和 ・ 幸房)

④ 近所だから ⑤ 知人の紹介 (お名前:) ⑥ EPARK ⑦ バス