

# 問診票

初診日

NO.1

フリガナ		生年月日	大正	年	月	日	
お名前	様 男・女		昭和				職業( )才
			平成				
			令和				
ご住所	〒	電話番号	ご自宅	( )	-		
			携帯	( )	-		

どうされましたか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛い</li> <li>・めやに</li> <li>・かゆみ</li> <li>・充血</li> <li>・涙がでる</li> <li>・まぶしい</li> <li>・まぶたがはれた</li> <li>・何かできた</li> <li>・目がかわく</li> <li>・目に不快感がある</li> <li>・目がつかれる</li> <li>・ゴロゴロする</li> <li>・何かはいった</li> <li>・見にくい(近く・遠く)</li> <li>・かすむ</li> <li>・二重にみえる</li> <li>・ぶつけた</li> <li>・黒いものがみえる</li> <li>・学校で用紙をもらった</li> <li>・めがね処方希望</li> <li>・コンタクト処方希望</li> <li>・眼科検診希望</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
どちらの目ですか？	右目 左目 両目 (右から・左から・同時に)
いつごろからですか？	今日から 日前から 週間前から ヲ月前から 年前から
今までに目の病気をされたことがありますか？	ない ある ドライアイ・アレルギー性結膜炎・緑内障・白内障・網膜剥離 外傷・角膜ヘルペス・その他( )
今までに手術をうけたことがありますか？	ない ある 眼科( 年前 ) 他科( 年前 )
現在かかっている病気はありますか？	ない ある 糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・こうげん病 ぜんそく・アトピー・花粉症・その他 ( )
現在使用中のお薬やサプリメントはありますか？	ない ある お薬手帳を 持参している ・ 持参していない 持参されていない場合、下記にご記入ください お薬名( ) サプリメント名( )
今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない ある お薬名( )食物名( ) 症状：気分不良・発疹・ショック・その他( )
ご家族やご親族で目の病気や全身的な病気をした方がありますか？	ない ある 続柄( )病名( )
めがねはお持ちですか？	ない ある 遠く用 近く用 遠近両用
コンタクトレンズはお持ちですか？	ない ある 本日つけている・ 本日はつけていない 種類 (ハード・ソフト・ 使い捨て 1日 2週間 1ヵ月)
本日、車・バイクの運転予定はありますか？	はい いいえ
女性の方へお伺いします	現在妊娠中ですか？ はい 妊娠 ( 週目) ・ いいえ ・ 可能性あり 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ
当院を何でお知りになりましたか？	家族・知人・看板・ホームページ・SNS・バス案内・直接みて・他院から紹介

○マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

( はい ・ いいえ )

○現在、処方されているお薬がありますか？

( はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提出します )

薬剤名 ( ) 用量 ( ) 投薬期間 ( )

薬剤名 ( ) 用量 ( ) 投薬期間 ( )

薬剤名 ( ) 用量 ( ) 投薬期間 ( )

(※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください)

○この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

受診期間 ( ) 指摘事項 ( )

(※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です)

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。

◆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点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）