

問 診 票

はじめて来院された方へ

年 月 日

当院では受付・検査・診察・会計が迅速で正確に行われるように診察前に以下の質問事項をご記入いただいています。
症状経過などの詳しい問診は、診察室にて伺いますので、わかる範囲でご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男性・女性	年 月 日
ご住所	〒 -		
電話番号	自宅	ご職業	
	携帯番号		

①本日はどうされましたか？

◎

右眼 左眼 両眼	が	<input type="checkbox"/> 見えづらい	<input type="checkbox"/> かすむ	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> 腫れている	<input type="checkbox"/> まぶしい
		<input type="checkbox"/> ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> 赤い	<input type="checkbox"/> 乾く	<input type="checkbox"/> 疲れる	<input type="checkbox"/> 黒いものが見える	<input type="checkbox"/> めやに
		<input type="checkbox"/> 涙がでる	<input type="checkbox"/> その他()				

※いつ頃からですか？(ご症状のある方のみ)

時間・日・ヶ月・年 前から

◎眼鏡処方 <希望しない・希望する> (初めて 紛失 破損 調子が悪い)
※混雑時はお時間がかかります、予めご了承ください (近方用 遠方用 遠近両用)
◎近視治療 ※予約が必要です (オルソケラトロジー 低濃度アトロピン ICL手術)
◎コンタクトレンズ処方 <希望しない・希望する > コンタクトレンズ経験 ()ヶ月・年
(初めて ハード ソフト 使い捨て 相談)を希望
◎本日は、コンタクトレンズを装用していますか？ (はい いいえ)

②現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ はい 医療機関名【 】

既往歴 : 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 その他【 】

③現在、点眼または内服しているお薬はありますか？

いいえ はい 薬の名前【 】

④今までに眼の病気にかかったり、手術を受けられたことはありますか？

いいえ はい → 右眼 左眼 両眼 病気の名前【 】

手術の名前【 】

いつ頃ですか？【 】

⑤パソコン・タブレットは使いますか？

いいえ はい 一日()時間くらい使用する

⑥過去1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？

いいえ はい 年 月頃 指摘内容【 】

⑦今までのお薬・注射・麻酔などで具合が悪くなったり、アレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ はい 薬の名前【 】

⑧サプリメントにご興味はありますか？

いいえ はい 現在使用中 → 製品の名前【 】

⑨女性の方に伺います。

妊娠していますか？ いいえ はい ()ヶ月 分からない

現在授乳中ですか？ いいえ はい

⑩当院のことは何でお知りになりましたか？

(ホームページ 紹介 → 家族・友人・親戚・病院・高槻院・梅田院・その他())
(病院の前を通りかかって その他())

■当医療機関は、マイナ保険証の利用、問診票等を通して患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用に協力をお願いいたします。

ご記入ありがとうございました