

# 問 診 票

年 月 日

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他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

はい いいえ

②マイナンバーで受付された方へ 薬剤・診療情報取得に同意されましたか？

はい いいえ

③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？ ( いいえ はい )

④現在、他の医療機関に通院していますか？

はい いいえ 医療機関名【 】  
既往歴 : 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 その他【 】

⑤現在、点眼または内服しているお薬はありますか？

はい いいえ 薬の名前【 】

⑥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？

はい いいえ → 右眼 左眼 両眼 病気の名前【 】  
手術の名前【 】  
いつ頃ですか？【 】

⑦パソコン・タブレットは使いますか？

はい いいえ 一日( ) 時間くらい使用する

⑧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？

はい いいえ 年 月頃 指摘内容【 】

⑨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？

はい いいえ 薬の名前【 】

⑩サプリメントにご興味はありますか？

はい いいえ 現在使用中 → 製品の名前【 】

⑪女性の方に伺います。

妊娠していますか？ はい いいえ ( ) ヶ月 分からない  
現在授乳中ですか？ はい いいえ

⑫当院のことは何でお知りになりましたか？

家族紹介 友人紹介 病院紹介 分院受診歴あり → 高槻院・ホワイティ梅田院・梅田北阪急ビル院  
ホームページ 病院の前を通りかかって 近隣コンタクト店 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。(医療情報取得加算の算定医療機関です)  
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