

問 診 票

フリガナ		性 別	生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日
お名前		男・女		(歳)	
ご住所	〒 ー	電話番号	ご自宅		
			携帯		

① 症状・ご来院の理由をご記入ください。

症状はいつからですか？		どちらの眼ですか？	<input type="checkbox"/> 右眼	<input type="checkbox"/> 左眼	<input type="checkbox"/> 両眼
症状	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> かすむ	<input type="checkbox"/> まぶしい	<input type="checkbox"/> ごろごろ	<input type="checkbox"/> 痛い
	<input type="checkbox"/> 目やにが多い	<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> 赤い	<input type="checkbox"/> 異物が入った	<input type="checkbox"/> ぶつけた
来院理由	<input type="checkbox"/> 乾く	<input type="checkbox"/> 涙っぽい	<input type="checkbox"/> 腫れ	<input type="checkbox"/> できもの	<input type="checkbox"/> 虫が飛んで見える
	<input type="checkbox"/> 学校健診で視力低下を指摘された				
	<input type="checkbox"/> 人間ドック等の結果、眼科受診を勧められた				
	<input type="checkbox"/> 白内障手術希望	<input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望	<input type="checkbox"/> 薬が無くなった		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
他院からの 紹介状の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	病院名:		

② 過去に眼科を受診したことがありますか？

ない

ある ⇒

いつ頃ですか？		病院名:	
病名	<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> アレルギー結膜炎・花粉症
	<input type="checkbox"/> ドライアイ	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症	<input type="checkbox"/> 加齢黄斑変性
	<input type="checkbox"/> 飛蚊症	<input type="checkbox"/> 網膜剥離	<input type="checkbox"/> ぶどう膜炎
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
治療内容	<input type="checkbox"/> くすり	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> レーザー

③ 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？

ない

ある ⇒

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大
<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 脳神経の病気
<input type="checkbox"/> がん (部位:)		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 肝機能障害	
<input type="checkbox"/> その他 ()				

※ 裏面へ ※

④ 体に合わない薬がありますか？

ない

ある ⇒

薬の名前		その薬で どうなりましたか	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他()
------	--	------------------	---

⑤ 体に合わない食品がありますか？

ない

ある ⇒

食品の名前	
-------	--

⑥ 普段コンタクトレンズを使用していますか？

いいえ

はい ⇒

種類	<input type="checkbox"/> ソフトコンタクト	<input type="checkbox"/> 1Day	<input type="checkbox"/> その他	使用歴
	<input type="checkbox"/> ハードコンタクト	<input type="checkbox"/> 2Weeks	()	()

⑦ 本日コンタクトレンズを装用していますか？

いいえ はい

⑧ 本日はご自身で車やバイクを運転してきましたか？

いいえ はい

⑨ 女性のみ：現在妊娠中ですか？（妊娠の可能性含む）
または授乳中ですか？

いいえ はい

いいえ はい

【マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？】

はい いいえ

●この1年間で健診（特定健診 および 高齢者健診に限る）を受診しましたか？

はい [月ごろ]

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お願いいたします。

◆電子的診療情報連携体制整備加算2（初診時）9点 / （再診時）2点◆