

スキャン済み

診療申込書・問診票

記入日:

フリガナ	-----	生年	大正 昭和 平成 令和
氏名	様 男・女	月日	年 月 日(歳)
住所	〒 -	職業	
電話	(自宅) - - (携帯) - -		

※ 診察の参考にしますので、当てはまるところに **○マル** をつけてください。

1. 症状はいつ頃からですか？またどちらの目ですか？
いつ頃～(<input type="checkbox"/> 時期不明) / どちらの目？(<input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 不明)
2. 本日の症状はどのような症状ですか？
めやに 涙 赤い 充血 腫れた かゆい 痛い ゴロゴロする 何か物が入った 乾く 疲れる かすむ 歪む 視野が欠ける 浮遊物が見える 二重に見える 光が走る ぶつめた 学校健診での指摘 人間ドック・健康診断の指摘※結果のご持参があればご提出ください。 他院から紹介 知人の紹介 眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい※当院での取り扱いレンズに限ります。医師の判断により処方見合わせる場合がございます。 その他 <input type="text"/>
3. 普段眼鏡やコンタクトレンズを使用されていますか？また本日コンタクトレンズを装用されていますか？
眼鏡 ⇒ はい・いいえ コンタクトレンズ ⇒ はい・いいえ 本日コンタクトレンズを装用されていますか？ ⇒ はい・いいえ 種類 ⇒ (ハード ・ 1day ・ 2week ・ カラーレンズ)
4. 本日は、ご自身の運転でご来院またはこの後運転のご予定はありますか？(車、バイク、自転車など)
はい ・ いいえ

以下⑤～⑨に関し、初診の方は必ずご記入下さい。再診の方は、変更箇所がありましたらご記入お願い致します。

5. 現在お薬は使用されていますか？(目薬、飲み薬、塗り薬など)
はい ・ いいえ ⇒『はい』の場合はおくすり手帳を受付にご提出ください。 使用しているお薬を ご記入ください <input type="text"/>
6. 現在までにお薬、食べ物、その他のアレルギーはありますか？はいの場合はわかる範囲でご記入ください。
はい ・ いいえ はいの場合⇒()
7. 現在または過去に治療中のご病気はありますか？
高血圧 ・ 心臓病 ・ 不整脈 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 喘息 ・ 他() 糖尿病 (いつから: 歳ごろから HbA1c % インスリン使用【あり・なし】) 女性の方へ ※治療が必要な場合、お薬を処方する可能性がある為にお伺いしております。 ⇒ 現在妊娠中ですか？【はい・いいえ】(妊娠 ヵ月) 授乳中ですか？【はい・いいえ】
8. いままで目の病気にかかったり、手術等を受けたりしたことはありますか？
はい ()
9. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したか？
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・システム基盤設備体制充実加算 加算①(初診時) 6点 / 加算②(マイナ保険証を利用した場合) 2点

マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけましたか？ はい いいえ