問　診　表

ﾌﾘｶﾞﾅ

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　大・昭・平・令　年　月　日　男・女

〒　　－

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号　　―　　―

下記の項目で該当するものに○印をつけてください

1.　今日眼科を受診する目的は？（主症状には◎をつけてください）

※どちらの目に症状がありますか？　　両　/　右　/　左

（　）目やにが出る
（　）目が痛い
（　）目が赤い
（　）目がかゆい
（　）目がはれた・できもの
（　）白内障といわれた
（　）物が見えなくなった｛遠・近｝
（　）黒い影や、細かいゴミのような物が見える
（　）眼鏡を作りたい
（　）眼科受診を勧められた
（　）涙が｛でる・でない｝
（　）緑内障といわれた

その他

---

2. 上記の症状はいつからですか？＿＿＿＿＿＿

3. 次の病気はありますか？またはありましたか？

高血圧　・　糖尿病　・　心臓病　・　腎臓病　・　膠原病　・　脳梗塞　・　癌　・喘息
統合失調症・うつ病　・　神経疾患　・　アトピー　・　花粉症　・　認知症
現在妊娠している・疑いがある＿＿＿＿ヶ月　・　授乳中
ステロイド剤を使用している＿＿＿＿＿＿＿＿その他＿＿＿＿＿＿＿＿

4. アレルギーはありますか？（　はい　・　いいえ　）

薬剤＿＿＿＿＿＿＿＿　食べ物＿＿＿＿＿＿＿＿

5. 今までに目の治療や手術をしたことがありますか？（　はい　・いいえ　）

どちらの眼＿＿＿＿　いつごろ＿＿＿＿＿＿＿＿　病名＿＿＿＿＿＿＿＿

6.眼鏡・コンタクトの使用はありますか？

眼鏡（遠用・近用）コンタクト＜ハード　ソフト　使い捨て（1日・2週間）＞　・　いいえ

7. マイナ保険証による診療情報に同意しましたか？　（ はい　・　いいえ ）

8. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？　（　はい　・　いいえ　）

9.当院はどのようにお知りになりましたか？

・知人　　・ホームページ　　・看板　　・その他

◎患者さんの容態、あるいは検査の内容により、順番が多少前後する場合がございます。

◎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。

◆医療情報取得加算　(初診時)加算1点　(再診時3ヶ月ごと）加算1点