

スキャン済

# 問診票

記入日 年 月 日

|            |         |                                       |
|------------|---------|---------------------------------------|
| フリガナ<br>氏名 |         | 生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和<br>年 月 日 ( 歳) |
| 住所         | 〒       |                                       |
| 電話番号       | 自宅： ( ) | 携帯： ( )                               |

|    |   |
|----|---|
| 1  | 受診理由に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください(複数回答可) → <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼<br><input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 充血(目が赤い)<br><input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> まぶたが腫れる <input type="checkbox"/> 黒いものが見える <input type="checkbox"/> 白内障検査<br><input type="checkbox"/> 緑内障検査 <input type="checkbox"/> 眼鏡を作りたい <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 2  | 上記の症状は いつ頃からですか ( )   |
| 3  | 今までに眼の病気にかかった あるいは現在かかっていることはありますか<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>→ 上記罹患された時期 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> くらい前   |
| 4  | 現在 体の病気で治療を受けていますか<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
| 5  | 今までに手術や入院をされた病気があればお書きください<br>①時期 ( ) : 病名 ( )<br>②時期 ( ) : 病名 ( )  |
| 6  | アレルギーはありますか<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない<br><input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> 注射 ( ) <input type="checkbox"/> 食べ物 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |
| 7  | 【コンタクトレンズをお使いの方のみご記入ください】<br>→ 現在使用中のレンズ <input type="checkbox"/> 1 day <input type="checkbox"/> 2 week <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>レンズ名がわかる場合はご記入ください → ( )  |
| 8  | 【対象の方のみご記入ください】<br>→ 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>→ 現在 授乳中である <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい : 産後 年 月   |
| 9  | 本日の交通手段<br><input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自分で運転の車 <input type="checkbox"/> 家族などの送迎  |
| 10 | ジェネリック(後発医薬品)を希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない  |
| 11 | マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>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。<br>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。<br>*保険証を利用した場合:システム基盤整備体勢充実加算Ⅰ(初診の場合)4点・加算Ⅱ(マイナ保険証を利用の場合)2点   |

問診票に記載された個人情報、患者さまの診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。

→ その他 気になる点があれば裏面にご記入ください  ない  ある

何か気になることがあれば、ご記入ください。