

スキャン済

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 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 <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) <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 () → 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 <input type="checkbox"/> いいえ <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 ①時期 () : 病名 () ②時期 () : 病名 ()
6	アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 注射 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () <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】 → 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 () 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】 → 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 → 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 <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 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。 *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。