

問 診 表

フリカナ	男 女 (才)	小 中 高 (年生)
お名前	(M・T・S・H	年 月 日生まれ)
〒	ご住所	
携帯:	-	TEL: -

1) どうなさいましたか？ (あてはまるものを○でかこんで下さい)

■ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が

■ 目やに	赤い	かゆい
ころつく	痛い	かすむ
視力低下 (遠くの方・近くの方)	ゴミが入った	涙が出る
黒いものが見える	腫れている	できものができた
物があたった	まぶしい	ゆがんで見える
二重に見える	めがねをつくりたい	
コンタクトレンズをつくりたい (初めて・現在使用中 【 ハード・ソフト・使い捨て 】)		
学校検診の紙をもらってきたので		
その他 ()		

2) いつからですか？ () 前から

3) 今まで眼の病気をされたことがありますか？

■ はい (白内障・緑内障・糖尿病網膜症・網膜剥離・その他)
 いいえ

4) 現在、体の病気で通院されていますか？

■ はい (高血圧・糖尿病・心臓病・ぜんそく・その他)
 通院されている病院、医院名 ()
 いいえ

5) 今まにアレルギー体質を指摘されたことがありますか？

■ はい (じんましん・アトピー・ぜんそく・花粉症・その他)
 いいえ

6) (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか又は授乳中ですか？

■ はい
 いいえ

7) 当院にご来院されたきっかけは？

近所だから	知人、家族に聞いて
看板を見て	タウンページを見て
インターネットでの検索	その他 ()

8) マイナンバーカードの保険証による診療情報取得に同意されましたか？

はい ・ いいえ

9) 他の医療機関から紹介状はお持ちですか？

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いたします。