

# 眼科問診用紙

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日  $\frac{T \cdot S}{H \cdot R}$  年 月 日生 才 男・女  
郵便番号 \_\_\_\_\_ 自宅TEL \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 携帯TEL \_\_\_\_\_

マイナンバーカード保険証による診療情報取得に 同意する 同意しない 持っていない

◎ 書けない方は受付へ申し出てください。

(I) 本日の眼の症状を教えてください。

1) どちらの眼ですか？ ♪ ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 )

2) それはいつからですか？ \_\_\_\_\_

3) その症状は？(当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい。)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> コンタクトをつくりたい                          | <input type="checkbox"/> メガネをつくりたい                             |
| <input type="checkbox"/> 眼が赤い(充血する)                           | <input type="checkbox"/> メヤニが出る <input type="checkbox"/> 眼がかゆい |
| <input type="checkbox"/> 眼が痛い <input type="checkbox"/> ゴロゴロする | <input type="checkbox"/> 眼がかすむ <input type="checkbox"/> 涙が出る   |
| <input type="checkbox"/> 眼が見えにくい(急に・徐々に)                      | <input type="checkbox"/> ゆがんで見える                               |
| <input type="checkbox"/> なにか飛んでいるように見える                       | <input type="checkbox"/> 検診で要検査だった                             |
| <input type="checkbox"/> その他( _____ )                         |  |

(II) 診察の参考にしますのでお答えください。

1) 妊娠 している( \_\_\_\_\_ ヶ月) していない 授乳中 はい いいえ

2) いままでにかかった病気

(イ) 喘息 ない ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

(ロ) 糖尿病 ない ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

(ハ) 高血圧 ない ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

(ニ) 心臓病 ない ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

(ホ) その他の病気・手術(あれば書いて下さい)

( \_\_\_\_\_ )

3) 現在飲んでいる薬 ない ある( \_\_\_\_\_ )

4) アレルギー体質 ない ある( ハウスダスト・ダニ・スギ・ヒノキ・金属 \_\_\_\_\_ )

食べ物( \_\_\_\_\_ )

薬剤( \_\_\_\_\_ )

5) 家族で目の病気の人 いない いる( 誰がどんな病気か )

( \_\_\_\_\_ )

6) 現在、他の眼科に通院していますか。

いない いる( \_\_\_\_\_ )

7) 当院をなにでお知りになりましたか。 ( 知人の紹介・電話帳・看板・インターネット検索 \_\_\_\_\_ )

その他: \_\_\_\_\_ )

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・活用するために、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・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)