

問診票

来院日： 年 月 日

フリガナ	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前：	生年月日：(T・S・H・R) 年 月 日 歳
ご住所：〒 - 都府県 市区町村	
ご連絡先：電話番号() - 携帯番号() -	

マイナンバーカードについて

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。

マイナンバーカード利用の有無により加算点数が変わりますのでご了承ください。点数は以下の通りです。
初診時にマイナンバーを利用する場合 ... 医療情報取得加算2(1点)
初診時に保険証を利用する場合 ... 医療情報取得加算1(3点)

1. お分かりになる範囲でチェック☑と記載をお願い致します。

1	受診目的 当てはまる症状をすべてお選びください	<input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 目の周りの腫れ <input type="checkbox"/> 乾く <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> 涙がでる <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ゆがむ <input type="checkbox"/> 二重に見える <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 飛蚊症(黒い点が見える) <input type="checkbox"/> 白内障手術希望 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ処方希望 <input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他→
2	いつからですか?	() 前から
3	どちらの目ですか?	<input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 両目
4	今までに右記の症状で眼科にかかれた方は該当項目にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 黄斑変性 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 網膜剥離 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 白内障 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 右眼手術済 <input type="checkbox"/> 左眼手術済) <input type="checkbox"/> レーシック後 <input type="checkbox"/> その他：
	→ 病名に☑のある方	<input type="checkbox"/> 現在、治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 転院希望 本日検査は希望されますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5	かかった事のある病気もしくは治療中の病気はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c %) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 上記以外→病名： 病院名：
	→ 糖尿病に☑を入れた方	本日、糖尿病眼手帳をお持ちでしたら、受付でお預かり致します
6	現在、使用中のお薬はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (お薬の名前：) ※『はい』とお答えの方、おくすり手帳をお持ちでしたら受付でお預かりします。
7	薬品でアレルギーを起こしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名： 症状(嘔気など)：
8	本日は車で来院されていますか?	<input type="checkbox"/> 車・バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩・電車
9	女性の方 妊娠中または授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
10	当院を何で知りましたか? (複数選択可能)	<input type="checkbox"/> コミ <input type="checkbox"/> 駅の案内や看板 <input type="checkbox"/> HP・WEB検索 <input type="checkbox"/> 折込チラシ(新聞) <input type="checkbox"/> ポストイン <input type="checkbox"/> 他院の紹介 (<input type="checkbox"/> 紹介状あり <input type="checkbox"/> 紹介状なし) <input type="checkbox"/> その他
11	本日はコンタクトレンズを装着していますか?	<input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 裸眼

2. コンタクトレンズ処方を希望される方は、チェック☑と記載をお願いいたします。

1	今までにコンタクトを使った事がありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方のみお答えください。本日装着されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の方のみお答えください。眼鏡を使ったことはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2	処方を希望されるレンズのタイプ	<input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ハード <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 1Day <input type="checkbox"/> 2Week <input type="checkbox"/> 1Month <input type="checkbox"/> その他
3	処方希望の品名・度数	品名： 度数：	