

問診票

令和 年 月 日 No. _____

ふりがな ()

お名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和)
(年 月 日)

郵便番号 〒 _____

ご住所 _____

電話番号 () _____

携帯番号 () _____

- (マイナ保険証を提出された方)
マイナ保険証による診療情報取得について同意されましたか (はい ・ いいえ)
- 本日の来院手段 ①車 ②自転車・バイク ③徒歩 ④その他 ()
- どちらの目の具合が悪いですか? (両目 ・ 右目 ・ 左目)
- 症状はいつからですか? (日前〜 ・ 月前〜 ・ 年前〜)
- 本日の来院理由をご記入ください。
①見えづらい ②目がかゆい ③目やに ④目が痛い ⑤二重に見える ⑥充血
⑦黒いものが飛んでいる ⑧光やきらきらしたものが見える ⑨涙が出る ⑩異物が入った
⑪まぶたの腫れ(できもの) ⑫物がゆがんで見える ⑬定期健診
⑭眼鏡を作りたい ⑮コンタクト処方 ⑯その他 ()
- 普段の生活で眼鏡もしくはコンタクトレンズは使用していますか?
いいえ ・ はい (眼鏡 ・ コンタクト 1day・2w・1M・通年・ハード)
コンタクトレンズを使用している方へ、本日は装用されていますか? (はい ・ いいえ)
- 現在、他の眼科で治療中ですか? (はい ・ いいえ)
はいとお答えの方… (病院名: _____ 薬: _____)
- 今までに目の病気や治療(手術・レーシック)をされたことがありますか?
(はい ・ いいえ)
はいとお答えの方… (病名: _____ 治療内容: _____)
- 以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか?
糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 特になし
その他 ()
- 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか? (はい ・ いいえ)
はいとお答えの方… (薬品名: _____ 食べ物: _____)

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お願いいたします。

◆医療情報取得加算◆

マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算1 3点 再診時(3ヶ月に1回) 加算3 2点
マイナ保険証を利用する場合…初診時 加算2 1点 再診時(3ヶ月に1回) 加算4 1点