

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

- 1、 ( 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 )
- 2、 本日の来院手段 ①車 ②自転車・バイク ③徒歩 ④その他 ( )
- 3、 どちらの目の具合が悪いですか？ ( 両目 ・ 右目 ・ 左目 )
- 4、 症状はいつからですか？ ( 日前～ ・ 月前～ ・ 年前～ )
- 5、 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光やきらきらしたの見える 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 ( )
- 6、 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 )
- 7、 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： \_\_\_\_\_ )
- 8、 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： \_\_\_\_\_ )
- 9、 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 ( )
- 10、 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