問 診 票

（読み方）
お名前　　男・女

生年月日
T・S・H・R　　年　　月　　日（　　歳）

ご住所：

電話番号：

◆コンタクトレンズを使用【 してない・してる 】 ➡ 本日、装用【 してる ・ してない 】
コンタクトレンズの種類 【 1Day ・ 2Week ・ 1ヵ月 ・ ハード ・ その他 】
【 近視/遠視用 ・ 乱視用 ・ カラーまたはサークルレンズ ・ 遠近両用 】
※商品名・度数がわかればご記入ください。
商品名：
度数　右）
左）

◆どういう症状（目的）で来院されましたか ○ をつけて下さい。

◆どちらの目に症状がありますか【 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 】➡ いつ頃から【　　】

・めやにがでる ・目が赤い ・目がかゆい ・涙がでる
・目が痛い ・瞼の腫れ ・できもの ・物が見えにくい【 遠く ・ 近く 】
・飛蚊症（黒い点や線状等のものが見える）
・検診【 白内障について ・ 緑内障について ・ 糖尿病による眼底検査 】
・その他（症状記入下さい）➡［　　］
・眼鏡の処方せん希望
・コンタクトレンズの処方せん希望 【 1Day ・ 2Week ・ 1か月 ・ ハード 】
※当院は販売はしておりません 【 近視/遠視用 ・ 遠近両用 ・ カラーまたはサークルレンズ 】
※希望商品があればご記入ください 商品名：
↪ 商品によっては取り扱いがないものがあり、希望に添えない事があります。

◆マイナンバーカード利用の方 ↴
オンライン資格確認により過去のお薬情報や健診情報を当院に提供する事について
【 過去の診療・お薬情報の提供に 同意します ・ 同意しません 】
【 過去の健診結果の提供に 同意します ・ 同意しません 】

◆現在服用もしくは点眼している薬があれば教えてください
【　　】

◆今までに眼の病気（手術）をされたことがありますか 【 はい ・ いいえ 】
病名：

◆現在、かかりつけの病院はありますか 【 はい ・ いいえ】 病院名：

高血圧、糖尿病、心臓病（不整脈など）、腎臓病、甲状腺機能亢進、喘息、その他（　　）

◆女性の方で、現在妊娠していますか 【 はい ・ いいえ 】

◆現在、家族の方が【 はやり目になっている ・ 緑内障で通院している 】

◆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 】

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。
◆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）