

問 診 票

(ふりがな) 生年月日
お名前 男・女 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か月・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。 右)

商品名: 度数 左)

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【 】

症状に○をつけてください

- ・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。

◆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【 】

お薬はジェネリック薬品を希望する場合は○をつけてください【 希望します】

◆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()

◆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】 _____

◆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】

◆女性の方で、現在妊娠していますか 【 はい・いいえ】

◎マイナンバーカードご利用の方のみご記入ください ↓

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】

当院は診療情報を取得・活用することにより、適切な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、マイナンバーカードの利用にご協力をお願いいたします。