

問診票

(ふりがな) お名前	男・女
生年月日 T・S・H・R	年 月 日(歳)
ご住所:	
電話番号:	

◆コンタクトレンズ使用中の方はご記入ください↓ 【 1Day・2Week・1か月・ハード・その他 】 ※分からない時は 不明 とご記入ください
商品名:
度 右: 数 左:
◎本日、装用【 してる・してない 】

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【 】

症状等に○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

【 】

◆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: _____ 病院名: _____

◆現在、かかりつけの病院はありますか 【 はい・いいえ 】

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 】

マイナンバーカードでのオンライン資格確認による情報(受診・お薬・特定健診)を取得・活用し、適切な医療の提供に努めています。

◆マイナ保険証を利用しない/マイナ保険証を利用しても診療情報提供に同意されない場合◆
初診時:医療情報取得加算1(3点) 再診時:医療情報取得加算3(2点)※3月に1回限り算定

◆マイナ保険証を利用し情報の取得に同意/紹介状を持参した場合◆
初診時:医療情報取得加算2(1点)月1回に限る 再診時:医療情報取得加算4(1点)※3月に1回限り算定