

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 ↓

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 】

◎当院はオンライン資格確認を導入しています。

患者の情報(保険情報・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。

◆医療情報取得加算について◆

初診時:医療情報取得加算(1点) 再診時:医療情報取得加算(1点)※3月に1回限り算定