

眼科問診票

ふりがな

氏 名 ()

ご住所 (〒)

お電話番号 携帯 () ご自宅 ()

(1) 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

☐ はい ☐ いいえ

(2) マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか

☐ はい

→ 本日、診療情報取得に同意されましたか (はい いいえ)

☐ いいえ

(3) 今日はどのような症状で来院されましたか

☐ 目が痛い (右眼・左眼・両眼) ☐ 目がかわく (右眼・左眼・両眼)

☐ 目がかゆい (右眼・左眼・両眼) ☐ 眼がつかれる (右眼・左眼・両眼)

☐ 見えにくい (右眼・左眼・両眼) ☐ 眼が充血する (右眼・左眼・両眼)

☐ 眼やにが出る (右眼・左眼・両眼) ☐ 涙がとまらない (右眼・左眼・両眼)

☐ 物が二重に見える (右眼・左眼・両眼) ☐ 光がチカチカする (右眼・左眼・両眼)

☐ 物がかすむ・ぼやける (右眼・左眼・両眼)

☐ 物が歪んで見える (右眼・左眼・両眼) ☐ 検診で受診をすすめられた

☐ 眼鏡・コンタクトレンズを作りたい

☐ その他 ()

(4) その症状はいつ頃からありますか

() 日前～ () 週間前～ () カ月前～ () 年前～

(5) 眼鏡使用 ☐ あり ☐ なし

コンタクト使用 ☐ あり ☐ なし

(6) 現在、治療中の病気がありますか ☐ ない ☐ ある

あるとお答えの方

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病

☐ その他 (病名)

通院中の医療機関名 ()

最終受診日 ()

※裏面へつづく

(7) 現在、服薬されている薬はありますか (おくすり手帳をお持ちでしたらご提示下さい)

*マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1か月以内の処方薬以外は省略可
()

(8) これまでに大きな病気にかかったことはありますか (入院や手術を要する病気など)

()
→医療機関名 ()

(9) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか

*マイナ保険証による情報取得に同意した方は省略可

☐ はい (受診時期と指摘事項)

☐ いいえ

(10) 今までに薬や注射、食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか

☐ ない ☐ ある (薬品名)

(11) ご家族に緑内障の方はいらっしゃいますか

☐ いない ☐ いる (続柄)

(12) 女性の方にお聞きします

妊娠している、またはその可能性がありますか 授乳中ですか

☐ いいえ ☐ 妊娠中 妊娠()ヶ月 ☐ 授乳中

☐ わからない

ご記入ありがとうございました

赤塚クリニック

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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。