

問 診 票

はじめて来院された方へ

年 月 日

当院では受付・検査・診察・会計が迅速で正確に行われるように診察前に以下の質問事項をご記入いただいています。
症状経過などの詳しい問診は、診察室にて伺いますので、わかる範囲でご記入ください。

フリガナ		性別	・男性 ・女性
お名前			
ご住所	〒 -		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
電話番号	() - () - ()	ご職業	

* 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? ・はい ・いいえ

* マイナンバーで受付された方へ 薬剤・診療情報取得に同意されましたか? ・はい ・いいえ

① 本日はどうされましたか?

◎ (右眼 / 左眼 / 両眼) が (・見えづらい ・かすむ ・痛い ・かゆい ・腫れている ・まぶしい
・ゴロゴロする ・赤い ・乾く ・疲れる ・黒いものが見える ・めやに
・涙がでる ・その他())

※いつ頃からですか?(ご症状のある方のみ) ()前から

◎ 近視治療 ※予約が必要です (・オルソケラトロジー ・低濃度アトロピン ・経験 有・無)

◎ 眼鏡処方 ・希望しない ・希望する → (・初めて ・紛失 ・破損 ・調子が悪い)

※混雑時はお時間がかかります、予めご了承ください (・近方用 ・遠方用 ・遠近両用)

◎ コンタクト処方 ・希望しない ・希望する → コンタクトレンズ経験 (年 月)
(・初めて ・ハード ・ソフト ・使い捨て ・相談) を希望

◎ 本日は、コンタクトレンズを装着していますか? (・はい ・いいえ)

② 現在、他の医療機関に通院していますか?

・いいえ ・はい 医療機関名 【 】

既往歴 → ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・腎臓病 ・その他【 】

③ 現在、点眼または内服しているお薬はありますか?

・いいえ ・はい 薬の名前 【 】

④ 今までに眼の病気にかかったことはありますか?

・いいえ ・はい → ・右眼 ・左眼 ・両眼 どのような病気ですか? 【 】

⑤ 目の手術を受けられたことはありますか?

・いいえ ・はい → ・右眼 ・左眼 ・両眼 どのような手術ですか? 【 】
いつ頃ですか? 【 】

⑥ パソコン・タブレットは使いますか?

・いいえ ・はい 一日() 時間くらい使用する

⑦ 過去1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか?

・いいえ ・はい 年 月頃 指摘内容 【 】

⑧ 今までのお薬・注射・麻酔などで具合が悪くなったり、アレルギーを起こしたことはありますか?

・いいえ ・はい 薬の名前 【 】

⑨ サプリメントにご興味はありますか?

・いいえ ・はい ・現在使用中 → 製品の名前 【 】

⑩ 女性の方に伺います。

妊娠していますか? ・いいえ ・はい () ヶ月 ・分からない

現在授乳中ですか? ・いいえ ・はい

⑪ 当院のことは何でお知りになりましたか?

(・ホームページ ・ご家族、知人(紹介) ・病院紹介 ・高槻院 ・尼崎院 ・北阪急ビル ・通りがかり
・ホワイトティ梅田掲示物 ・その他())

■ 当医療機関は、マイナ保険証の利用、問診票等を通し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ます。(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定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協力をお願いいたします。

ご記入ありがとうございました。