

< 問診票 >

記入日:令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様(男・女)	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日( 歳)
住所	(〒 - )		
電話番号	自宅: ( ) 携帯電話:	勤務先: 緊急連絡先:	
付き添い者	氏名:	患者様とのご関係( )	
紹介者	なし・あり(紹介者名: )		
★マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか ( はい ・ いいえ )			

★どのような症状がありますか？いつからですか？程度は？

①目が赤い	右 [ ] 左 [ ]	⑥見えにくい	右 [ ] 左 [ ]
②めやにが出る	右 [ ] 左 [ ]	⑦黒い物が飛ぶ	右 [ ] 左 [ ]
③痛い,異物感	右 [ ] 左 [ ]	⑧白内障の手術希望	右 [ ] 左 [ ]
④かゆい	右 [ ] 左 [ ]	⑨緑内障の精査希望	右 [ ] 左 [ ]
⑤涙が出る	右 [ ] 左 [ ]	⑩その他	右 [ ] 左 [ ]

★上記の症状で、他院で治療を受けられましたか？

\* 受けた :いつ頃ですか？病院名・薬・治療内容などは？ レーザー治療 眼科手術  
( )

\* 受けていない

★今までに病気やケガをされたことがありますか？あてはまる□に✓を記入してください。

\* ある 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病(□心臓ペースメーカー) 肝臓病 腎臓病  
脳疾患 手術 結核 リウマチ ヘルペス アトピー 花粉症 アレルギー性鼻炎  
喘息 薬物過敏症(薬名: ) 食物アレルギー-(食物名: )  
:いつ頃ですか？病院名は？ 治療内容などは？  
( )

\* なし

★現在内服・注射などの治療はしていますか？

\* ある :いつからですか？病院名・病名・治療内容などは？  
( )

\* なし

★糖尿病・高血圧・高コレステロール血症の方は記入して下さい。

血糖値( )ヘモグロビンA1c値( ) 糖尿病治療(インシュリン〈有・無〉 内服〈有・無〉)  
血圧( / ) コレステロール値( )

★初診日、散瞳して眼底検査を受けることができますか？

\* はい <散瞳検査とは>目薬で瞳を大きくして、目の中のレンズや眼底の状態を精密に調べる検査です。検査後 4~5時間はまぶしくピントが合わなくなります。  
\* いいえ

当院では令和5年4月よりマイナ保険証にて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めてまいります。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報取得加算(初診時と再診時3ヶ月ごとに) 加算1点