

< 問 診 票 >

記入日 年 月 日

フリガナ

名前 生年月日 平成・令和 年 月 日

住所(〒 -)

電話番号 携帯

★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)

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お願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算 6 点(マイナ保険証を利用しない場合)

加算 2 点(マイナ保険証を利用した場合)

① 何年生ですか? 《 小・中・高 年生 》

② 学校の席はどこですか? 《 前・真ん中・後ろ 》

③ その席から黒板の字は見えていますか? 《 はい・いいえ 》

④ ③で《いいえ》の方、いつ頃から見えにくいと感じ始めましたか?
《 年前・ヶ月前・その他 》

⑤ 眼鏡、またはコンタクトは持っていますか? 《 はい・いいえ 》

⑥ ⑤で《はい》の方、いつ頃から眼鏡、またはコンタクトを始めましたか?
《 年前・歳の頃から 》

⑦ その他、気になる症状はありますか?
《 》

⑧ 検査の結果近視である場合、点眼治療を希望されますか?
《 はい・いいえ 》

⑨ 眼鏡作成を希望されますか? 《 はい・いいえ 》

※強い近視のある方は、緑内障・網膜剥離・黄斑変性など様々な目の病気になりやすいです。

上記の病気を早期発見するために、散瞳検査をすすめさせていただきます。

本日、散瞳検査をして眼底検査を受けることができますか? 《 はい・いいえ 》

<散瞳検査とは>目薬で瞳を大きくして、目の中の水晶体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。

池田眼科クリニック