

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ ()	生年月日	昭和・平成・令和
氏 名 _____	男・女 _____	年 月 日 _____
住 所 〒 _____		
電話番号 自宅 ()	携 帯 ()	

・マイナンバーカードを持っていますか？
はい ・ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
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お願いいたします。

・マイナ保険証(マイナンバーカード健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

1. 症状についてお聞かせください

● どちらの目ですか？(両目 ・ 右目 ・ 左目) ● いつからですか？ _____

● 症状を下から選んでください。

- ① 見えにくい ② 痛い・ごろごろする ③ まぶたの腫れ
④ かゆい ⑤ 充血 ・ 出血 ⑥ 飛蚊症(黒いものが見える等)
⑦ 涙が出る ⑧ 目やに(多・少・無)
⑨ 眼鏡希望 ⑩ コンタクト希望 (1day ・ 2week ・ ハード ・ 決めていない)
⑪ その他 (※当院では、基本的にコンタクト処方箋のみの発行はしていません)

● 市販の点眼薬を使用していますか？ はい ・ いいえ

2. 普段、車を運転しますか？ はい ・ いいえ

3. コンタクトレンズを使っていますか？

はい (1day ・ 2week ・ ハード ・ その他 _____) ・ いいえ

4. パソコン・スマホ・ゲームなど1日の使用時間はどのくらいですか？

1日 _____ 時間 ・ 使わない

5. 今までに目の病気・手術(白内障やレーシック等)をうけたことがありますか？

はい (病名 / 手術名 : _____) ・ いいえ

6. 以下の病気にかかったことはありますか？もしくは 現在治療中ですか？

糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 高脂血症 ・ ぜんそく ・ 痛風 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈
リウマチ ・ 前立腺肥大 ・ その他 (_____) ・ いいえ

7. 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 (薬品名 : _____ 食べ物 : _____) ・ いいえ

8. 歯科で麻酔をうけたことはありますか？

はい (異常があった ・ 異常なし) ・ いいえ

9. (※女性のみ) 妊娠中ですか？ はい ・ いいえ 母乳を授乳していますか？ はい ・ いいえ