問 診 票

お 名 前	性別	生年月日	年齢
ふりがな		大 ・昭 平 ・令　　年　　月　　日	満　才
	男・女	自宅電話	
		携帯電話	
住所			

1. 今日はどうしましたか　※充血がある方は受付にお声がけください

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 （　　年　　月　　日頃から）

視力低下 ・ かすみ（近く・遠く）・ 黒いものや糸くずが見える

痛み ・ かゆみ ・ 充血 ・ 目やに ・ ゴロゴロする ・ 涙 ・ 腫れ

けが ・コンタクト作製 ・その他（　　）

2. メガネやコンタクトを使用している方はお答えください

メガネ（遠く用・近く用・遠近両用）・コンタクト（ソフト・ハ

3. 当院を知った理由をお聞かせください

新聞 ・広告 ・インターネット ・看板 ・口コミ ・紹介（　　）

4. 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか　ある ・ ない

ある場合　病名（　　）病院名（　　）

5. 今までに病気や、通院している病院はありますか　ある ・ ない

高血圧・糖尿病(HbA1c　%)・心臓病・腎臓病・喘息・その他（　　）

ある場合　病院名（　　）

6. 薬や食べ物にアレルギーはありますか

ある場合 （　　） ・ ない

7. 本日運転をする予定はありますか　ある ・ ない

※眼底検査を受けられる場合４～５時間運転ができなくなります

8. 女性の方のみ

現在妊娠されていますか　はい・い （現在　　週）

授乳中ですか　はい・い （お子様　　歳　　ヶ月）

9.マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　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をお願いいたしま