

問診表

フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成・令和		
お名前			年	月	日
住所	〒 _____				
連絡先	Tel ()		携帯Tel ()		
当院をどのように お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> 医院周辺看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ご紹介 ご紹介者のお名前 () <input type="checkbox"/> その他 ()				

◆当医院における個人情報保護方針について

・当院では、患者様の個人情報の取り扱いに万全の体制で取り組んでおります。

・問診表に記載された個人情報は、当院における医療行為・他院や院外薬局などとの連携・液体検査・診察費請求・各種ご案内などに利用させていただきます。

◆診察費の請求業務のため、健康保険証のコピーをとらせて頂いております。※同意したい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。

<p>■今日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>見えにくい 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>黒いものが見える 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>疲れる 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>痛い 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>充血 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>メヤニが出る 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>かゆい 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>まぶたの腫れ 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>乾く 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>涙が出る 【右・左・両眼】</p> <p><input type="checkbox"/>検診 【視力検査・学校検診・定期健診】</p> <p><input type="checkbox"/>コンタクトを作りたい 【初めて・使用中】</p> <p><input type="checkbox"/>メガネを作りたい ⇒<u>予約制となります</u></p> <p>■症状はいつ頃から ()</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (※症状、要望をご記入下さい)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> </div> <p><input type="checkbox"/>本日、コンタクトを装用していますか？ 【 いいえ・ はい (ソフト・ハード) 】</p>	<p>■コンタクト処方をご希望の方はご記入下さい</p> <p>※コンタクトを使用中の方は分かる範囲でご記入下さい</p> <p>・レンズの種類 (ハード ・ ソフト ・ 使い捨て)</p> <p>・メーカー名 ()</p> <p>・商品名 ()</p> <p>・度数 ()</p> <p>・空き箱持参 有り ・ 無し</p> <hr/> <p style="text-align: center;">↓ここからは初診の患者様のみご記入下さい↓</p> <p>今まで目の病気にかかった事がありますか？</p> <p>いいえ・はい</p> <p>白内障・結膜炎・緑内障・虹彩炎・ぶどう膜炎・網膜はく離・花粉症・その他 ()</p> <p>■現在、何かお体の病気にかかっていますか？</p> <p>いいえ・はい</p> <p>風邪・高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・花粉症 その他 ()</p> <p>服薬 有り・無し</p> <p>お薬手帳持参 有り・無し</p> <p>■妊娠の可能性はありますか？</p> <p>いいえ・はい</p> <p>■薬を使用して異常が出た事がありますか？</p> <p>いいえ</p> <p>はい (薬の名前と症状 /)</p>
---	--