

問診票

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前		男・女		年 月 日
住所	〒 _____			
連絡先	TEL ()	携帯TEL	()	

◆当医院における個人情報保護方針について◆

・当院はオンライン資格確認システムを導入し、マイナ保険証(マイナンバーカード)の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関の為、国が定めた診療報酬算定要件に従い医療情報取得加算を算定致します。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。

■今日はどうなさいましたか？

- 見えにくい 【右・左・両眼】
- 黒いものが見える 【右・左・両眼】
- 疲れる 【右・左・両眼】
- 痛い 【右・左・両眼】
- 充血 【右・左・両眼】
- メヤニがでる 【右・左・両眼】
- かゆい 【右・左・両眼】
- まぶたの腫れ 【右・左・両眼】
- 乾く 【右・左・両眼】
- 涙が出る 【右・左・両眼】

その他 ※症状・要望等を詳しくご記入ください

★ 太枠線内もご記入ください(全ての方) ★

■今まで目の病気にかかった事がありますか？

【 いいえ・はい 】

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 ()

■現在、何かお体の病気にかかっていますか？

【 いいえ・はい 】

風邪・高血圧・心臓病・喘息・糖尿病
その他 ()

◆現在服用中のお薬 【 有り・無し 】

■妊娠の可能性はありますか？

【 いいえ・はい 】

■薬を使用して異常が出た事がありますか？

いいえ

はい ※薬の名前と症状を詳しくご記入ください

■症状はいつ頃からですか？

() 頃から

■本日、コンタクトレンズを装着していますか？

いいえ

はい (1day・2week・ハード・その他)

検診希望 【 視力検査・学校健診・健診 】

メガネを作りたい ⇒ 予約制となります

コンタクトレンズを作りたい 【 初めて・使用中 】

****現在コンタクトレンズ使用中の方へ****

本日処方も希望される場合は、2枚目の
“コンタクトレンズ問診票”もあわせてご記入下さい