

問 診 票

年 月 日

ふりがな お名前		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 才
ご住所	〒	性別	男 ・ 女
		電話	()
		携帯電話	()

① どうされましたか？（コンタクト処方の方もご記入ください）

痛み かすむ かゆい 乾く 赤い めやにが出る ゴロゴロする
 まぶしい はれている 黒いものが見える 眼が疲れる 見えづらい
 メガネの処方希望 コンタクトの処方希望
 ※コンタクトレンズ使用経験（ 有 ・ 無 ）、コンタクトレンズ1日使用時間（ 時間）
 その他（ ）

② その症状は、いつ頃からですか？ 右目 ・ 左目 ・ 両目

（ ）日前から、（ ）ヶ月前から、（ ）年前から

③ 今まで 目の（手術などの）、大きな病気にかかったことはありますか？ あるいは眼科に通院中ですか？

いいえ はい ⇒ どのような病気ですか？（ ）
 いつ頃？（ ）
 どちらの眼科ですか？（ ）

④ パソコンを使いますか？

いいえ はい ⇒ 1日（ ）時間くらい使用

⑤ 特異体質・アレルギーはありますか？

いいえ はい ⇒ ぜんそく、花粉症、アトピー、ハウスダスト
 その他（ ）

⑥ 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？（ ）
 どうなりましたか？（ ）

⑦ 今までにかかった（現在かかっている）病気はありますか？

糖尿病、高血圧、心臓病、腎臓病、その他（ ）

⑧ 現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？（ ）

⑨ 女性の方に伺います

妊娠されていますか？

いいえ はい（ ）ヶ月 わからない

⑩ この眼科をお知りになったきっかけに丸をつけて下さい。

紹介（ ）、ホームページ（ ）、家に入っていたチラシ（ ）
 新聞折込（ ）、イオン内でもらったチラシ（ ）、電話帳（ ）
 看板（ ）イオン内 街中（ ）、富山情報（ ）

⑪ お知らせしたいことがございましたら、ご記入下さい。

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す。

■医療情報・システム基盤整備体制充実加算

（初診時）加算1 6点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）