年　月　日

問　診　票

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

ご来院について

1. 他の医療機関からの紹介状：☐はい ／ ☐いいえ　**マイナ保険証の診療情報取得**に同意：☐はい ／ ☐いいえ

2.本日はどうされましたか？

左右：☐右眼 ☐左眼 ☐両眼　いつ頃から：……時間 ……日 ……ヶ月 ……年 前から

☐見えづらい ☐かすむ ☐痛い ☐かゆい ☐乾く ☐赤い　☐ゴロゴロ ☐まぶしい ☐はれている ☐黒いものが見える

☐めやに ☐涙がでる　☐疲れる ☐物が二重 ☐学校検診 ☐その他（……）

3.ご希望　眼鏡：☐希望しない ☐希望する （☐初めて ☐紛失 ☐破損 ☐調子不良 ｜☐近方 ☐遠方 ☐遠近）

コンタクト：☐希望しない ☐希望する （☐初めて ☐ハード ☐ソフト ☐使い捨て ☐相談｜経験……年……ヶ月

｜本日装用☐はい ☐いいえ）

近視治療の相談：☐希望する （☐低濃度アトロピン点眼 ☐ICL手術）

希望検査：☐特になし ☐白内障 ☐緑内障 ☐眼底 ☐その他（……）

これまでの病歴・お薬について

4.他院通院：☐はい ／ ☐いいえ　医療機関名（……）

既往歴：☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐ぜんそく ☐その他（……）

5. 現在、点眼または内服しているお薬：☐はい ／ ☐いいえ　薬の名前（……）

6. 目の病気を指摘された／手術を受けたことがある：☐はい ／ ☐いいえ

病気：☐ドライアイ ☐白内障 ☐緑内障 ☐眼底出血

☐網膜はく離 ☐網膜裂孔 ☐糖尿病網膜症 ☐黄斑変性症 ☐その他（……）

手術：☐白内障 ☐緑内障 ☐網膜はく離 ☐レーシック ☐その他（……）

いつ頃（……）

7. 薬・注射・麻酔などで具合が悪くなった／アレルギーを起こした：☐はい ／ ☐いいえ　薬の名前（……）

生活・その他

8.健診：☐受けていない ／ ☐受けた（……年……月頃）　指摘事項（……）

9.眼科のサプリメントに興味はありますか？

☐はい ／ ☐いいえ ／ ☐現在使用中　製品名（……）

10.女性の方に伺います。

妊娠されていますか：☐はい（……ヶ月） ／ ☐いいえ ／ ☐わからない　現在、授乳中ですか：☐はい ／ ☐いいえ

11. 当院を何でお知りになりましたか：

☐家族の紹介 ☐友人の紹介 ☐病院・医院からの紹介 ☐ホームページ ☐ネット検索 ☐看板 ☐前を通りかかって

☐その他（……）

12. その他、何かございましたらご記入ください。

■ 当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用し、質の高い医療の提供に努めております。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。

ご記入ありがとうございました

医療法人　春清会