

# 問 診 票

ふりがな		記入年月日	
氏 名	男	TEL (自宅)	— —
	女	TEL (携帯)	— —
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	年齢	歳
ふりがな			
住 所	〒 —		

- (1) 眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。
- ・紹介状 (ある ・ ない)
  - ・右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ( 年 月 日ごろから)
  - (イ) 眼が痛い (ロ) 眼がかたく (ハ) 眼がかゆい (ニ) 眼がつかれる (ホ) 見えにくい
  - (ヘ) 眼が充血する (ト) 眼やにが出る (チ) 涙がとまらない (リ) メガネを作りたい
  - (ヌ) コンタクトレンズを作りたい
  - (①初めてコンタクトを作る ②以前にコンタクトを作ったことがある)
  - ①の方に質問...眼鏡を持っている ( はい ・ いいえ )
  - (ル) その他 具体的にお書きください ( )
- (2) 今までに眼の ( 病気・手術 ) をしたことが ( ある ・ ない )
- 「ある」とお答えの方 病名 ( )
- (3) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか? ( はい ・ いいえ )
- (4) 現在かかっている病気・病院はありますか。あてはまるものを○で囲んでください。
- ・病院名 ( ) ・処方薬 ( )
  - ・糖尿病 ( 年 月頃より ・HbA1c \_\_\_\_\_ %)
  - ・高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 不整脈 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 花粉症
  - ・その他 ( )
- (5) 今までに薬・食物などでアレルギー症状をおこしたことが ( ある・ない )
- 「ある」とお答えの方 (薬剤名・食物名: )
- (6) 妊娠している、またはその可能性がありますか? ( ある ヶ月・ない )
- (7) 普段コンタクトレンズを使用して ( いる・いない )
- 「いる」とお答えの方 (ソフトレンズ: 1デイ 2ウィーク 1か月 その他 / ハードレンズ)
- (8) マイナ保険証による診療情報取得について。  同意する  同意しない (別紙参照)
- \*\*\*\*\*当院をどのようにしてお知りになられましたか? あてはまるものを○で囲んでください。\*\*\*\*\*
- ・お知合い(ご家族、ご友人、他院)からのご紹介 ・ 郵便局のポスター見て ・ 梅北眼科のホームページを見て ・ 通りかかったから
  - ・グランフロントで勤務しているため ・ SNSを見て ・ Youtube を見て ・ その他 ( )