

# 診療申し込み・問診票

ふりがな		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	様 男・女				( 歳)	
ご住所	〒 -	ご 職 業				
お電話	(ご自宅) - - (携帯等) - -					
マイナ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用による情報取得に同意しますか？	いいえ ・ はい (保険証の方はいいえに○をつけてください) 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。					
本日はどのような症状で ご来院ですか？	( 右・左・両方 ) の ( 目・まぶたく 上・下 > ) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1)目ヤニ 2)充血 3)痛い 4)かゆい 5)腫れ 6)ゴロゴロする 7)見えにくい 8)ゆがんで見える 9)飛蚊症(黒いものが飛ぶ) 10)まぶしい 11)二重に見える 12)乾く 13)疲れる 14)涙が出る 15)花粉症 16)3歳児検診での指摘 17)学校検診での指摘 18)眼鏡作成希望 19)コンタクトレンズ作成希望 ( 初めての方 ・ すでに使用中) 20)白内障検査希望 21)緑内障検査希望 22)健康診断での指摘 23)その他( )					
近視進行抑制治療にご興味は ありますか？	いいえ ・ はい ・ すでに治療を始めている ・オルソケラトロジー(ナイトレンズ) ・マイオピン(低濃度アトロピン点眼) ・その他( )					
現在、またはこれまで 他の眼科におかかりですか？	いいえ ・ はい (いつ頃 眼科名 ) (処方されているお薬 )					
治療中の病気や 服用中のお薬はありますか？	ない ・ 高血圧、糖尿病(HbA1c %)、腎臓病、心臓病、肝臓病、 喘息、前立腺肥大、その他( ) 病医院名( ) 使用中のお薬( ) ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください( あり ・ なし ・ お忘れ )					
アレルギー体質はありますか？	ない ・ 花粉症、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、喘息 薬、食物、検査薬アレルギー(内容 )					
眼鏡・コンタクトレンズを 使用していますか？	眼鏡 (使用している ・ 時々使用する ・ 使用しない) コンタクト (使用している (1day・2week・ハード) ・ 時々使用する ・ 使用しない )					
屈折矯正手術を受けられていま すか？	いいえ ・ はい ( レーシック手術 ・ ICL )					
ご来院いただいたきっかけを お教えてください。	ご紹介( ご紹介者 様) 看板、チラシ、ホームページ、その他( )					
本日車を運転しますか？	しない ・ する					
女性の方のみ、お答えください。	現在、妊娠・授乳中ですか？ ( いいえ ・ 妊娠中( ヶ月) ・ 授乳中 )					