

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						
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？	はい ・ いいえ (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)目やに 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)インフルエンザワクチン接種希望 ※9歳以上 これまでに副反応のない方が対象 24)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) ・低濃度アトロピン点眼 (リジュセアミニ点眼液 ・ マイオピン) ・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)						
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()						
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)						
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・授乳中でいらっしゃいますか？(いいえ ・ はい(ヶ月) ・ 授乳中)						