

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？	はい ・ いいえ (保険証の方はいいえに○をつけてください) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 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。 </div>					
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)健康診断での指摘 19)眼鏡作成希望 20)コンタクトレンズ作成希望 (初めての方 ・ すでに使用中) 21)白内障検査希望 22)緑内障検査希望 23)眼瞼下垂・点眼薬の治療希望 24)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 25)その他()					
近視進行抑制治療(自費)にご興味はありますか？	はい ・ いいえ ・ すでに治療を始めている オルソケラトロジー 低濃度アトロピン点眼 (リジュセアミニ ・ マイオピン) 多焦点ソフトコンタクトレンズ(マイサイトワンデー) 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。	看板、グーグルマップ、ライン、院長ブログ、その他() ご紹介(ご友人・ご家族: 様、ご紹介者: 様)					
屈折矯正手術を受けましたか？	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)					