

# 問 診 票

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所			
電話		職業	

調子が悪いのはどちらの目ですか？	いつからですか？
右眼 ・ 左眼 ・ 両眼	( )時間前から ・ ( )日前から ( )週間前から ・ ( )ヶ月前から
どのような症状でしょうか？ しるしをつけてください	
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 乾く <input type="checkbox"/> 黒い点や糸くずが見える <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> ゆがんで見える・二重に見える <input type="checkbox"/> まぶたが腫れている <input type="checkbox"/> 充血している <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> かすむ・ぼやける <input type="checkbox"/> 目やにが出る <input type="checkbox"/> メガネを作りたい <input type="checkbox"/> 見えにくい(遠・近) <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい(1day・2week・ハード)	
上記以外の症状があればできるだけ詳しく記入してください	
コンタクトレンズを使用していますか？	
はい ・ いいえ ( 使用歴あり ・ 使用歴なし )	
現在治療中、もしくは今までに目の病気を指摘されたことがありますか？	
はい ( いつ頃:                      ) ( 症状・病名など:                      ) ・ いいえ	
現在治療中、もしくは今までに体の病気を指摘されたことがありますか？	
はい ( 糖尿病・高血圧・膠原病・アレルギー・その他(                      ) ) ・ いいえ	
現在使用中のお薬(目薬・飲み薬など)はありますか？お薬手帳をお持ちの方はご提出ください	
はい ( 薬名 :                      ) ・ いいえ	
今までに目薬・飲み薬・注射等で副作用(発疹・気分不良など)が起こったことはありますか？	
はい ( 薬名 :                      ) ・ いいえ	
女性の方へ 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？	
はい ( 妊娠中 or 授乳中 ) ・ いいえ	

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	はい ・ いいえ
この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診)を受診しましたか？	はい ・ いいえ

○ 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。  
正確に取得・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。