# 問診票

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 電話番号 | （自宅）<br>（携帯） |
| 氏　名 | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令和<br>年　月　日生（　歳） | | 住　所 | 〒　－ |

**●今日はどのような症状で来院されましたか？**

症状のある眼（ 両眼・右眼・左眼 ）　いつ頃から　（ 日・週・月 ）前から

症状（例：赤い、めやに、かすんでいる、黒いものが飛んで見えるなど）

**●メガネを使用していますか？**

はい（遠用・老眼鏡・遠近両用）・いいえ

はいの場合：具体的にいつからご使用でしょうか （　）

**●コンタクトレンズの使用経験はありますか？**

はい （ ソフト・ハード　現在使用中・過去に使用歴あり ）

いいえ

**●今まで、眼科にかかったことはありますか？**

はい・いいえ　病院名（　）

はいの方、〇をつけてください

白内障　緑内障　花粉症　飛蚊症　その他（　）

また、眼科で手術・レーザーを受けたことがありますか？

はい・いいえ

はいの方（術名　いつ頃　）

**●現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？**

はい・いいえ

はいの方、〇をつけてください。

糖尿病　高血圧　心臓病　リウマチ　花粉症　アトピー　じんましん　ぜんそく　風邪

その他（　）

かかりつけの病院・クリニックがあればお教えください。　病院名（　）

**●お薬で副作用を経験されたことはありますか？**

はい・いいえ

はいの方

お薬のなまえ （　）

**●当院を何でお知りになりましたか？**

知人・家族の紹介　ホームページ　チラシ　パンフレット　バス広告　看板

他院からの紹介　ご近所・通りすがり　街頭配布（ティッシュ）

その他（　）

**★　裏面に続きます**

**●本日どのように来院されましたか？**

徒歩　　自転車　　自動車　　電車　　バス　　タクシー

その他（　　）

**●以下は女性の方のみお答えください。**

・現在妊娠していますか？　　はい・いいえ

※はいとお答えいただけましたら何ヶ月目でしょうか？　→　（妊娠　　か月）

・授乳中ですか？　　はい・いいえ

**●マイナ保険証について**

・当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの診療情報を取得・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。（医療情報・システム基盤整備充実加算の算定医療機関です）

・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。

※マイナ保険証による診療情報取得に同意して頂くことで、処方（当院以外の処方も含む）や直近の特定健診の結果を閲覧することができます。

◇ 医療情報取得加算（マイナ保険証の有無に関わらず）

【初診時】１点

【再診時】３か月に１回　１点

◇ 上記をふまえ、マイナ保険証による診療情報取得について同意されますか？

以下の□内のどちらかにレ点をお願い致します。

□　同意します

□　同意しません

**問診票記入のご協力ありがとうございます。**