問診票

◆ﾚｰｼｯｸ・眼内ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ・ｵﾙｿｹﾗﾄﾛｼﾞｰに関する適応検査をご希望の方は専用の問診票がありますので受付にお申し出ください。

ﾌﾘｶﾞﾅ： お名前：	男・女	生年月日：（明・大・昭・平・令・西暦） 年　月　日生（　）歳
ご住所：（〒　－　）		電話番号：（自宅・携帯電話・勤務先） （　）
ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ使用：なし・あり（種類：ｿﾌﾄ・ﾊｰﾄﾞ／使用歴：　年／使用頻度：毎日・必要時／装用時間：　時間		
眼鏡使用：なし・あり（遠用・近用・遠近両用）	自動車運転免許証：なし・あり（本日の車の運転：なし・あり）	
ﾏｲﾅ保険証による医療情報取得に同意しましたか：　同意した・同意していない		
当院は医療情報取得加算の算定医療機関です　医療情報を取得・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。 【医療情報取得加算】2024年12月～　初診時1点／再診時1点		

■ 今日はどういったことで受診されましたか？（○で囲む、または記入をお願いします。）

・眼鏡を作りたい　・ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞを作りたい　・学校で眼科受診を勧められた

・健診や人間ﾄﾞｯｸ等で眼科での精密検査を勧められた

・現在気になっている目の症状についてご記入ください

（　　）

■ いままでに目の病気を指摘されたことはありますか？　→　なし・あり

1）病名がお分かりでしたら教えてください

・白内障　・緑内障　・眼底出血　・網膜剥離　・斜視　・弱視　・その他（　　）

2）目の手術を行った事があれば教えてください　→　なし・あり（○をつけてください）

（いつ：　　）頃（病院名：　　）で（病名：　　）の手術を受けた

■ 現在治療中またはかかった事のある病気はありますか？　→　なし・あり

1）病名がお分かりでしたら教えてください

・高血圧　・糖尿病　・心疾患　・ﾘｳﾏﾁ　・脳血管障害　・その他（　　）

2）通院されている病院があれば教えてください（　　）

3）現在処方されているお薬があれば教えてください（　　）

※ﾏｲﾅ保険証による診療情報取得に同意された方はお薬の記載を省略していただいて構いません。

■ご家族で目や全身の病気をお持ちの方がいらしたらお書きください

（　　）あなたとの続柄（　　）

■内服薬、点眼薬、点滴等でｱﾚﾙｷﾞｰがありますか？　→　なし・あり

・お薬の種類・名前は？　・風邪薬　・ﾋﾟﾘﾝ系　・ﾍﾟﾆｼﾘﾝ系　・その他（　　）

■体に何かｱﾚﾙｷﾞｰはありますか？　なし・あり

・花粉症　・ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎　・食べ物（　　）　・動物（　　）　・その他（　　）

■【女性のみ】現在、妊娠中または授乳中ですか　→　いいえ・はい

（妊娠：　週目／授乳：　なし・あり）

■当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可）

・ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞを見た　・看板　・通りがかり　・ﾃﾚﾋﾞCM　・ﾗｼﾞｵ　・新聞　・雑誌

・眼科紹介（病院名：　　）　・知人の紹介（ご紹介者のお名前：　　様）

・その他（　　）

ご記入が終わりましたらお手数ですが受付までお持ちください