

# 眼科問診票

氏名： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 職業： \_\_\_\_\_

連絡先： 自宅 / 勤務先 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ 携帯： ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

## 1 受診理由に○をして下さい (複数回答可)

- ( ) 目の症状 ( 視力の低下・ものが2重に見える・眼が痛い・眼がかゆい・めやにが出る )  
上記以外 ( )  
( ) 白内障手術の相談 ( 手術を受けたい・多焦点眼内レンズ希望・単焦点眼内レンズ希望 )  
( ) 屈折矯正手術の相談 ( LASIK を受けたい・PRK を受けたい・ICL を受けたい・その他 )  
( ) 緑内障の相談

## 2 本日、どなたかのご紹介ですか? はい ・ いいえ

紹介あり → かかりつけの (眼科・歯科・その他の科)・友人・知人 ( \_\_\_\_\_ 様)  
紹介なし → インターネット・新聞・雑誌・テレビ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3 目の病気で治療を受けた事がありますか? はい ・ いいえ

病名 ( \_\_\_\_\_ ) 時期 ( 現在 ・ \_\_\_\_\_ 年前)

## 4 コンタクトレンズは使用されていますか? はい (常に・時々) ・ いいえ

「はい」の場合 → ( ハード / 両・右・左 , ソフト / 両・右・左 )

## 5 現在、体の病気で治療を受けていますか? はい ・ いいえ

病院名 ( \_\_\_\_\_ ) 最近の受診日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
病名 : 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 脳梗塞 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 6 今までに手術や入院をした病気があればお書きください。

病名 ( \_\_\_\_\_ ) 時期 ( \_\_\_\_\_ 年前)

## 7 薬を飲まれている方は名前をお書きください。(お薬手帳があればご提出ください)

マイナ保険証による情報取得に同意している方は、最近1ヶ月以内の処方薬のみをお書きください。  
薬名 ( \_\_\_\_\_ )

## 8 今までアレルギーを起こしたことがありますか? はい ・ いいえ

① 薬:( \_\_\_\_\_ ) ② 食べ物:クリ・アボカド・キウイ・バナナ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 9 【女性の方のみ】現在、妊娠中又は授乳中ですか? はい ・ いいえ

## 10 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことがありますか?

マイナ保険証による情報取得に同意している方は省略できます。

はい → 受診時期( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) ・ いいえ  
指摘された内容 ( \_\_\_\_\_ )

## 11 何か気になる点があればお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

## 12 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

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よる医療情報提供にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算(初診時): 1点