

眼科問診票

記載日 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日	年齢
お名前 様	男・女	西暦 年 月 日	歳
〒	—	紹介状(診療情報提供書)	
住所		あり ・ なし	
電話番号 ()		当院を受診されたことがありますか？	
携帯電話 ()		あり ・ なし	

以下の質問に該当する項目に☑をあてはまる欄にご記入ください

マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか？

いいえ はい 本日、診療情報取得に同意されましたか？ (はい ・ いいえ)

どちらの目の症状ですか？ 右 左 両方

どのような症状ですか？

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 見えにくい | <input type="checkbox"/> 目がゴロゴロする |
| <input type="checkbox"/> 目が痛い | <input type="checkbox"/> 目が赤い |
| <input type="checkbox"/> 目やにがでる | <input type="checkbox"/> 目がかゆい |
| <input type="checkbox"/> ゆがんで見える | <input type="checkbox"/> 糸くずのようなものが見える |
| <input type="checkbox"/> コンタクトを作りたい | <input type="checkbox"/> メガネをつくりたい |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

その症状はいつごろから始まりましたか？ _____ 前から

上記の症状について他の医療機関で診察(治療)を受けましたか？

いいえ はい → 医療機関名 () 受診日 (月 日)
病 名 ()

今までに眼の病気をしたことがありますか？

いいえ はい → (年 月 日 頃 診断名 ())

今までにかかったことのある病気・治療中の病気がありますか？

いいえ はい → 糖尿病 高血圧 心臓病 ぜんそく
 アトピー性皮膚炎 その他 ()
かかりつけ医 { _____ }

現在飲んでいるお薬や目薬はありますか？

{ _____ }
※お薬手帳をお持ちの方はお見せください



※マイナ保険証による情報取得に同意された方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省

抗凝固剤を飲んでいますか？ いいえ はい

アレルギーはありますか？

いいえ はい 薬や注射 ()
 食べ物 ()
 その他 ()

この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？

いいえ はい 受診時期(年 月 日) 指摘事項 { _____ }

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、省略可能

女性の方にお伺いします 現在、妊娠していますか？ いいえ はい (月)
授乳中ですか？ いいえ はい

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1: 4点、加算2: 2点(マイナ保険証を利用した場合)