問　診　票

フリガナ

お名前　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：　　年　　月　　日（　歳）　男 ・ 女

ご住所　：〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　：（　　）　　メールアドレス　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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・活用する為、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設備体制充実加算１　(6 点)／マイナ保険証を利用した場合加算２　(2 点)

マイナ保険証及びオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？

はい　・　いいえ

■今日はどのようなご症状で来院されましたか？

いつ（　　から）　（ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ）が

見えにくい ・ かゆい ・ 目ヤニが出る ・ 痛い ・ 赤い ・ 涙が出る ・

乾く ・ まぶたが腫れた ・ ぶつけた ・ ゆがみ ・ 健診で引っかかった

黒い点や糸くずが見える（飛蚊症） ・ その他 （　　）

眼鏡処方 ・ コンタクト処方

本日コンタクトを装用していますか？
（ はい ・ いいえ ）

「はい」とお答えの方
装用しているレンズを教えてください
（ 1day ・ その他ソフト ・ ハード）

■今までに下記の病気で眼科を受診したことや、指摘されたことはありますか？

緑内障 ・ 視神経乳頭陥凹 ・ 白内障 ・ 白内障術後 ・ 網膜剥離 / 裂孔 ・ 斜視 ・ 弱視

黄斑変性 ・ 円錐角膜 ・ レーシック後 ・ その他（　　） ・ いいえ

■現在治療中のご病気はありますか？　（ はい ・ いいえ ）

糖尿病 (HbA1c　　%) ・ 高血圧 ・ ぜん息 ・ 心疾患 ・ 腎疾患 ・ アトピー ・ 花粉症

前立腺肥大 ・ その他 （　　） ■使用中の内服薬（　　）

■今までアレルギーを起こしたことがありますか？

はい （ 薬品 ・ 食べ物 ：　　） ・ いいえ

■当院をどちらでお知りになりましたか？(複数回答可)

当院サイト ・ google マップ ・ その他 WEB サイト ・ 駅看板（ JR 改札前 ・ 荒川線 ）・ チラシ/広告

バス車内放送 ・ 紹介（ 知人 ・ 他院 ） ・ 通りがかり ・ その他（　　）

■ご職業を教えてください

会社員 ・ 公務員 ・ 医療関係 ・ 教育関係 ・ 医師 ・ 弁護士 ・ 学生 ・ その他（　　）

【女性の方のみお答えください】

■妊娠中ですか？（ はい 〈　　カ月〉 ・ いいえ ）　■授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）