

問診票

ご記入日 20 年 月 日

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性	大正・昭和・平成・令和
お名前		<input type="checkbox"/> 女性	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 ー		
電話番号	自宅	携帯	(父・母)
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号

1.マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ

2.他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい・いいえ

3.どのような症状がありますか？

- 見えづらい かすむ 乾燥 涙
充血(赤み) 目やに かゆみ 疲れ
異物感 痛み まぶたの腫れ、赤み 視野が狭くなった
めがね購入 コンタクトレンズ購入 健診 (就学前・学校・職場)

その他 ()

4.どちらの眼ですか？

- 右眼 左眼 両眼

5.いつ頃からですか？

(日前、 ヶ月前、 年前、)

6.今までに目の病気・手術をされたことがありますか？

いいえ・はい (時期： 病名： 眼科名：)

7.今までにかかったことのある体の病気、かかりつけの病院はありますか？

- いいえ・はい 高血圧 糖尿病(HbA1c: %) 心疾患 腎臓病 喘息 花粉症

その他 () かかりつけ医 ()

8.現在、処方されている薬がありますか？ (マイナンバーカードで回答可)

いいえ・はい

9.この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？ (マイナンバーカードで回答可)

いいえ・はい

10.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい (アレルギー物質： 症状：)

11.(女性のかたへ)現在、妊娠中(妊娠可能性含め)もしくは授乳中ですか？

いいえ・はい (妊娠中 週目、 授乳中)

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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願い致します。(◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算)
個人情報の取り扱いについて、上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。

ご協力ありがとうございました。にった眼科医院