

眼科問診票

〒

令和 年 月 日

ご住所

ふりがな

ご氏名

(男・女) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

お電話番号

携帯電話

ご職業

- ◇ 本日はマイナ保険証で受付されましたか。(はい・いいえ)
- ◇ 『はい』の方はマイナ保険証による診療情報等取得に同意されましたか。(はい・いいえ)
- ◇ 他の医療機関からの紹介状(診療情報提供書)を持参されましたか。(はい・いいえ)
- 本日はどうされましたか。 両眼 右眼 左眼
赤い 痛い めやに 見えにくい 異物が入った 涙が出る
黒い物が飛ぶ その他()
- いつからですか。(時間 日 週間 ヲ月 年 前から)
- 当院に来られたきっかけをお聞かせ下さい。
・家から近かったり、交通の便が良い・ホームページ、看板、電話帳等を見た
・紹介された(紹介者) ・その他()
- 今までに眼科にかかったことはありますか。
()で(病院)に(いつ)頃
- コンタクトを使用されておられますか。(はい ・ いいえ)
- 現在、薬などの治療を行っていますか。(はい ・ いいえ)
何のお薬ですか。()
- からだについてあてはまるものに○をしてください。
高血圧 糖尿病 不整脈 肺疾患 気管支喘息 アレルギー
腎臓病 肝臓病 胃腸病 その他()
- これまでに手術を受けたり、入院したことはありますか。(はい ・ いいえ)
(いつ)頃、病名： で、 病院で)
- 動物を飼っていますか。(はい() ・ いいえ)
- この1年間で特定健診・高齢者健診を受けられましたか。(はい ・ いいえ)
- タバコは吸いますか。(吸わない・1日〔)本吸う・以前は吸っていた)
- アルコールは飲みますか。(飲まない ・ ビール1日 ml、日本酒1日 合)
- 車・バイク等の運転はされますか。(はい ・ いいえ)
・ 次回の免許更新はいつですか。(令和 年 月)
・ 本日は自分で運転して帰る予定ですか。(はい ・ いいえ)
- 女性の方：妊娠していますか。(していない ・ している 週)
授乳中ですか。(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(初診時)加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

ご協力ありがとうございました。