

問診票

ご記入日：20 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大昭平令	年	月	日
名前			職業			年齢	
住所	〒						
電話番号	自宅 ()	-	携帯電話	-	-	-	-

★ 10日以内にご本人、ご家族に下記の症状等がありましたか？ なし・あり（該当する項目に○をつけてください）
風邪症状・37.5度以上の発熱・咳・強いだるさ・息苦しさ・味覚障害・嗅覚障害
新型コロナウイルス陽性・インフルエンザ陽性・アデノウイルス陽性

1. 具合が悪いのはどちらの眼ですか？ 右眼・左眼・両眼

2. 本日はどうなさいましたか？（受診の目的をご記入ください）

・メガネを作りたい（遠く用・近く用・遠近両用）※40歳以上の方のメガネ処方ば診察の上、基本的に次回予約になります
・コンタクトレンズを作りたい → 当院ではコンタクトレンズ処方ば行っておりません

3. いつからですか？ 今日 昨日 （ ____日 ____週間 ____ヶ月 ____年）前から

4. 今まで（現在も）眼科に下記の病気での通院はありますか？ なし・あり

白内障・緑内障・角膜疾患（ ____ ） 通院先（ ____ ）
網膜疾患（ ____ ）・その他（ ____ ）

5. 眼の手術の経験はありますか？ なし・あり

白内障・緑内障・屈折矯正手術（レーシック・ICLなど）・網膜疾患（ ____ ）・斜視
眼瞼（ふたえ手術・逆さまつげ・眼瞼下垂など）・その他（ ____ ）
いつ頃ですか？ ____年 ____月 手術を受けた病院名（ ____ ）

6. 現在治療中の病気はありますか？ なし・あり

高血圧・糖尿病（HbA1c ____%）・心疾患・肝疾患・腎疾患・前立腺肥大・脳梗塞・癌
花粉症（春・秋）・アトピー性皮膚炎・喘息・メンタル系疾患・その他（ ____ ）

7. 現在服用している薬・サプリメントはありますか？ ※お薬手帳をお持ちでしたらコピーをさせていただきます

お薬 なし・あり（ ____ ）
サプリメント なし・あり（商品名・成分： ____ ）

9. 薬・麻酔・食べ物にアレルギーはありますか？ なし・あり（ ____ ）

10. 眼鏡は使用していますか？ なし・あり（遠く用・近く用・遠近両用・中近両用・近近両用）

11. コンタクトレンズの使用はありますか？ なし・あり（本日装用中・本日は装用していない）

<お使いの種類> 使い捨てソフト（1日・2週間・1ヵ月）・使い捨てではないソフト・ハード

12. 本日自動車・バイク・自転車の運転の予定はありますか？ なし・あり

13. 女性の方にお伺いします。 妊娠中（ ____週）・授乳中・どちらでもない

14. マイナンバーカードを保険証利用された方にお伺いします。診療情報取得に同意されましたか？ 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おります。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。

★ 当院をどちらでお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 前を通りかかって	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> スマホ用ホームページ	<input type="checkbox"/> GoogleMap・病院なび・caloo・ドクターズファイル
<input type="checkbox"/> 駅の看板	<input type="checkbox"/> 知人の紹介（ ____ ）	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介（ ____ ）	
<input type="checkbox"/> 家族がかかっている（ ____ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ____ ）		