眼科問診票

ふりがな			男　・　女	生年月日 【　大・昭・平・令　】 年　　月　　日
氏名				
住所	〒			
電話番号	固定電話	携帯電話	緊急連絡先	続柄 （　　）

当院は診療情報を所得・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。
正確な情報を所得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

医療DX推進体制整備加算２： 加算１１点
医療情報取得加算：加算１点

1. マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？
（ はい　いいえ　マイナ保険証を持っていない ）

2. あなたは、今どちらの眼に症状がありますか？
（ 右 ・ 左 ・ 両方 ）

3. どのような症状ですか？ 該当するものに〇をつけてください

① めやにが出る　② 目が赤い　③ 目がかゆい　④ 目が痛い　⑤ 涙が出る
⑥ 目が乾く感じがする　⑦ 物が見えにくい　⑧ 近くが見えにくい
⑨ 物が二重に見える　⑩ 糸くずのようなものが見える
⑪コンタクトレンズを作りたい　⑫ 眼鏡を作りたい
⑬ その他（　　）

4. その症状はいつ頃から始まりましたか？

（　　年　　月　　日頃から）

5. 普段は眼鏡やコンタクトレンズを使用していますか？ 該当するものに〇をつけて下さい
①何も使っていない　②眼鏡を使っている
③ソフトコンタクトレンズを使っている　④ハードコンタクトレンズを使っている

6. コンタクトレンズを使用している方は、下記もご記入ください
① 今日はコンタクトレンズ装用していますか？（　している　していない　）
② お使いのレンズのメーカーをご記入ください ※わかる範囲での記入で構いません。
（　　）

✿ 裏面も記入お願いします ✿

7. 今回の症状のために他院での診察を受けましたか？

① 受けた　（　　年　　月　　日）

（病院名　　診断名　　）

② 受けていない

8. これまで眼の病気にかかった事がありますか？

① ある（　　年　　月 ）　（ 病院名　　診断名　　）

現在は？　治療中　　治癒

② ない

9. 過去にかかった、あるいは現在治療中であれば〇を付けて下さい

① 高血圧　② 糖尿病　③ 腎臓病　④ 肝臓病　⑥ 喘息

⑦ その他（　　）

10. 薬や食べ物、花粉などでアレルギー症状を起こしたことがありますか？

① ある（ 具体的に　　） ② ない

11. 現在妊娠されている、またはその可能性がありますか？ または授乳中ですか？

① 妊娠している（　　週）　② 妊娠の可能性がある　③ 授乳中である

12. 当クリニックで検査させて頂いたデータや、撮影したお写真を学術研究の目的で、 学会や発表会・講演、論文等の執筆に使わせて頂いてもよろしいでしょうか？

※写真の使用で個人が特定されることは決してありません

①使用に了承する　② 了承しない

↓

ご了承いただける方、ご署名お願いします

（　　）

13. 現在内服中や使用中のお薬（注射や点眼液含む）、サプリメントがあれば下記に記入ください

※おくすり手帳お持ちの方は記入いただかなくて結構です。診察時にご提示ください）