

眼科問診票

ふりがな			生年月日
氏名		男 ・ 女	【 大・昭・平・令 】 年 月 日
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1：加算12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○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○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○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、ご署名をお願いします

()

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くなくても結構です。診察時にご提示ください)