

# 眼科問診票

記入日 年 月 日

|             |                  |                  |                              |
|-------------|------------------|------------------|------------------------------|
| ふりがな<br>氏 名 | 男<br>女           | 生<br>年<br>月<br>日 | ( 歳 )<br>大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 |
| 住 所         | 〒 アパート・マンション名 号室 |                  |                              |
| 自宅電話番号      |                  | 携帯電話番号           |                              |

1. 本日受診された、1番の理由となる症状を○で囲んで下さい

赤い めやに 痛み かゆみ まぶたの腫れ 異物感 乾き 涙がでる  
見えにくい 視野がおかしい 目の疲れ 黒いものが飛ぶ 光がはしる

2. 症状があるのはどちらの目ですか 【 右 ・ 左 ・ 両目 】

3. いつ頃からですか 【 令和 年 月 日頃 】

4. ご自分で処理をしましたか ( 市販薬を使った、目を洗ったなど )  
【 はい ・ いいえ 】

5. どこかの病院を受診されましたか 【 はい ・ いいえ 】

6. 今まで目の病気にかかったことがありますか 【 はい ・ いいえ 】

7. 家族・親戚で目の病気をお持ちの方はおられますか 【 はい ・ いいえ 】

8. 今までにかかったことのある病気や、現在治療中の病気を○で囲んで下さい

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 肝臓病 腎臓病 消化器疾患  
脳疾患 結核 喘息 その他 ( )

9. 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがあります 【 はい ・ いいえ 】

10. 頭や目のけがをしたことがありますか 【 はい ・ いいえ 】

11. 何らかの手術を受けたことがありますか 【 はい ・ いいえ 】

12. 女性の方へ

現在、妊娠中もしくは授乳中ですか 【 はい ・ いいえ ・ わからない 】

13. これから受ける診療について、ご希望 ・ ご意見などありましたら記入してください

## マイナンバーカードの健康保険証(マイナ保険証)に関する問診票

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)

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】  
「はい」とお答えの方は、2の質問は回答不要です。
2. この1年間で特定健診(メタボ健診)または自治体健診を受診しましたか? 【はい・いいえ】  
「はい」とお答えの方、受診時期、指摘されたことをお教えてください。

3. ほかの医療機関からの紹介状は持っておられますか? 【はい・いいえ】

以下の項目は、通常の問診票にお答えいただければ記載は不要です。

4. 現在、ほかの医療機関に通院しておられますか? 【はい・いいえ】  
「はい」とお答えの方、医療機関、受診開始日、治療内容をお教えてください。  
(お薬手帳をご持参でしたら、ご提示ください。)