

問診票

ふりがな _____

当院でクレジットカードでのお支払いを希望される方はクロンスマートパスを事前に登録していただくようお願いいたします。ご不明な場合はスタッフにお尋ねください。

お名前 _____ 男・女 (歳) 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 () - 携帯番号 () -

次の項目に○または記入をお願いします

1. 当院ではオンライン資格確認を行う体制を有しています。マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか？ (はい ・ いいえ)
2. 今日はどうされましたか？ いつ頃から () 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
かゆみ・充血・目ヤニ・腫れ・痛み・乾き・ごろつき・涙が出る・見えにくい
虫が飛んで見える・眼鏡処方希望・検診希望・その他 ()
3. 今まで目の病気や目の手術をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
いつ頃ですか () どちらの病院で ()
どの様な病気または手術ですか？ ()
4. 現在目薬を使用していますか？ (はい ・ いいえ)
どの様な目薬ですか？ 緑内障・白内障・ドライアイ・結膜炎・市販薬・その他 ()
5. メガネ、コンタクトレンズを使用していますか？ (はい ・ いいえ)
メガネ・老眼鏡・ソフトコンタクトレンズ (1day 2week カラコン その他) ・ハード
6. 現在かかっている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ アトピー ・ 前立腺肥大 ・ 脂質代謝異常
その他 ()
7. 今まで体の病気や手術をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
いつ頃ですか？ () どちらの病院で ()
どの様な病気または手術ですか？ ()
8. 現在何か飲み薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)
お薬の名前がわかれば記入してください ()
※マイナ保険証による情報取得について同意して下さった患者様は記載不要です
9. 今まで薬や消毒剤(ヨード)でアレルギーはありましたか？ (はい ・ いいえ)
具体的にご記入ください ()
10. 女性の方で該当する方はご記入ください (妊娠中 ・ 授乳中)
11. ご自身で運転をして来院されましたか？ (はい ・ いいえ) 車・バイク・自転車
12. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ・ ご近所・看板・チラシ・インターネット
お知り合いの紹介 () その他 ()