

春日眼科 問診票

ふりがな

氏名

※コンタクトレンズ・眼鏡合わせは予約となります。

■どのような症状ですか？【 右目 ・ 左目 ・ 両目】

・赤い ・痒い ・痛い ・目やに ・疲れる ・まぶしい ・飛蚊症 ・目の腫れ ・視力低下
・ゴロゴロする ・その他（ _____ ）

■症状はいつからですか？ _____ 頃から

■白内障やその他 目の手術を受けたことがありますか？【 はい ・ いいえ 】

・ある方は内容をご記入下さい。（ _____ ）

■食物・薬剤・注射等によるアレルギーはありますか？【 ある ・ ない 】

・ある方は内容をご記入下さい。（ _____ ）

■いままでかかった病気・持病はありますか？【 ある ・ ない 】

・ある方はご記入下さい。（ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 _____ ）

■パソコンは使用されますか？【 はい（1日 _____ 時間ほど使用） ・ いいえ 】

■現在、飲んでいるお薬はありますか？【 はい ・ いいえ 】

・ある方は内容をご記入下さい。（ _____ ）

■現在、コンタクトレンズは使用されていますか？【 はい ・ いいえ 】

※コンタクトレンズ装用中の方は、外して頂きます。また検査・診察が終わるまで外した状態にして下さい。

■女性の方に伺います。

・現在、妊娠中ですか？（ はい、妊娠 _____ ケ月 ・ いいえ ・ わからない ）

・現在、授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

■マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ 【 はい ・ いいえ 】

■他の医療機関からの紹介状はありますか？【 はい ・ いいえ 】

■現在、他の医療機関に通院していますか？【 はい ・ いいえ 】

・ある方は内容をご記入下さい。

（医療機関名 _____ ・ 受診日 _____ ・ 治療内容 _____ ）

■この1年間に特定健診か高齢者健診をうけましたか？【 はい ・ いいえ 】

■当院のことは何で知りましたか？

・ご紹介（ 知人・医療機関 ） ・ホームページ ・携帯ホームページ ・駅の看板 ・建物の看板
・電柱広告 ・バスの案内放送 ・通りがかり ・その他（ _____ ）

※当院は、診療情報を取得・活用し、質の高い医療提供に努めております。正確な医療取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力下さい。