

しみず眼科 問診票

ふりがな		男・女	生年月日	T・S	西暦	年	月	日
氏名				H・R				
住所	〒			第1連絡先	☎	-	-	
				第2連絡先	☎	-	-	

※ 受診理由を選んでください。複数選択可。(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

- | | | |
|-----------------------|------------|-----------------|
| ・ 眼が痛い | ・ 何か入った | ・ 検診で指摘された |
| ・ 赤い・充血 | ・ 瞼が腫れている | ・ 瞼が下がる |
| ・ かゆい | ・ めぼいとができた | ・ まぶしい |
| ・ 目やにが出る | ・ 涙が出る | ・ 物が歪んで見える |
| ・ 視力検査希望 | ・ コロコロする | ・ 物が二つ見える、斜視がある |
| ・ 眼鏡処方希望 | ・ 眼を打った | ・ 視野がかけている |
| ・ 見えにくい(遠方 近方) | ・ 疲れやすい | ・ 黒いものが見える・光が走る |
| ・ コンタクトレンズ希望(初めて・経験者) | その他() | |

※上記の症状はいつからですか。

_____ 日前から / _____ 月前から / _____ 年前から

※今まで眼科にかかったことがありますか。あれば記入してください。

病院名: _____ 眼科・病院 _____ 病名 _____

※かかりつけ医と内服中の薬(お薬手帳があれば、診察室にてお出してください)

病院名: _____ 医院・病院 _____ 薬 _____

※現在、または今までにかかった病気がありますか。 いいえ ・ はい

(糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ その他 _____)

※薬や食べ物でアレルギーがありますか。

ない・ある(薬・食べ物 _____)

※かかりつけの薬局がありますか。処方箋のFAX希望されますか。

ない・ある(薬局名 _____) ※処方箋FAX希望: あり・なし

※妊娠 ・ 授乳中ですか。

はい ・ いいえ

※目の奥の検査をさせていただくために瞳を広げる点眼薬を使用することがあります。

点眼した後、4~6時間程度まぶしかったり見えにくくなります。

希望する ・ 希望しない

※仕事中、または学校等での怪我ですか。

はい ・ いいえ

※マイナ保険証による診療情報取得について 同意する



しみず眼科

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・3か月ごとの再診時に 1点