

問 診 票

令和 6年 月 日() 2024年

はぶ眼科

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	大・昭・平・令 年 月 日生()歳
ご住所	〒 -		電話番号 携帯番号

- 1、どちらの眼がどのような症状ですか？(・両目 ・右目 ・左目)
 ・充血 ・目やに ・かゆみ ・かすみ ・痛み ・疲れ ・涙目 ・はれ
 ・異物感 ・花粉アレルギー ・視力低下 ・健診結果あり
 ・コンタクト処方希望 ・メガネ処方希望
 ・その他()
- 2、いつごろからですか？
 ・ 月 日ごろから ・ か月前から ・ 日前から
- 3、今回の症状で他の病院の診察を受けましたか？
 ・はい(病院名 病名)・いいえ
- 4、これまでに目の病気や手術をしたことがありますか？
 ・はい(いつ頃ですか 年 月頃 病名)・いいえ
- 5、かかったことのある病気や現在治療中のものがありますか？
 ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・ぜんそく ・アトピー
 ・その他() ・いいえ
- 6、現在飲んでいるお薬やサプリメント、使用している目薬はありますか？
 ・はい()・いいえ
- 7、食べ物、お薬のアレルギーはありますか？
 ・はい(具体的に)・いいえ
- 8、コンタクトレンズを装用していますか？ ・はい ・いいえ
- 9、女性の方にお聞きします。・現在、妊娠していますか？ ・はい ・いいえ
 ・現在、授乳中ですか？ ・はい ・いいえ
- 10、目に適したサプリメントにつき紹介を希望されますか？ ・はい ・いいえ
- 11、最後にバインダーの裏をご確認ください。
 該当するゆがみや見え方がありましたか？ ・はい ・いいえ
- 12、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

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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1:6~18円(マイナ保険証を利用しない場合)

加算2:2 ~ 6円(マイナ保険証を利用した場合)

*** 診療費、コンタクト代等お支払いは現金のみです。**