

問診票(コンタクト処方)

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	昭・平 年 月 日生()歳
ご住所	〒	—	電話番号 携帯番号

* 診療費コンタクト代等お支払いは現金のみです。よろしいですか?・はい・いいえ

- 1、コンタクトレンズは初めてですか? 【 はい・いいえ 】
- 2、1で「いいえ」と答えた方 → 本日コンタクトレンズを装着していますか? 【 はい・いいえ 】
レンズの種類: ・1day ・2week ・1か月 ・ハードレンズ レンズ名
-
- 3、本日ご希望のコンタクトレンズは何ですか? 【ソフト(・1day ・2week) ・ハード 】
- 4、スポーツをしますか? 【 はい(スポーツ名) ・いいえ 】
- 5、下記のうちあてはまるものに○を付けてください。
・車の運転が多い ・手元の細かい作業が多い ・パソコン作業が多い
・ほこりの多く発生する仕事である ・生活不規則 ・夜勤がある
- 6、不具合と感じていなくても、下記の症状がありますか? あてはまるものがあれば○を付けてください。
・目が乾く ・目やにが時々出る ・充血しやすい ・かゆい ・くもる
・ゴロゴロする ・しみる ・レンズがずれやすい ・レンズがはずしにくい
- 7、過去にコンタクトレンズ装用が原因で病気になり、治療したことがありますか?
【 いいえ ・はい(いつ頃ですか 歳頃 病名もしくは症状) 】
- 8、これまでに眼の病気や手術をしたことがありますか?
【 いいえ ・はい(いつ頃ですか 歳頃 病名) 】
- 9、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
- 10、現在飲んでいるお薬や、使用している目薬はありますか? 【 いいえ ・はい(薬名) 】
- 11、食べ物、お薬のアレルギーはありますか? 【 いいえ ・はい() 】
- 12、女性の方にお聞きします。 ・現在、妊娠していますか? 【 いいえ ・ はい 】
・現在、授乳中ですか? 【 いいえ ・ はい 】
- 13、未成年の方にお聞きします、保護者はご一緒ですか?
はい 【 ・父 ・母 ・祖父 ・祖母 ・その他() 】
いいえ 【 保護者の許可 ・ 確認できる ・ できない 】
- 14、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)