

# 診療申し込み・問診票

ふりがな		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	様 男・女				( 歳)	
ご住所	〒 -	ご 職 業				
お電話	(ご自宅) - - (携帯等) - -					
マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による 情報取得に同意しますか？	いいえ ・ はい (保険証の方はいいえに○をつけてください) 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。					
本日はどのような症状で 来院なさいましたか？ (複数選択可)  複数の症状がある場合、 <b>最も気になる症状に</b> ○をしてください。	( 右・左・両方 ) の ( 目・まぶた【上・下】 ) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1)目ヤニ 2)充血 3)痛い 4)かゆい 5)腫れ 6)見えにくい 7)ゆがんで見える 8)飛蚊症(黒いものが飛ぶ) 9)まぶしい 10)ものが二重に見える 11)乾く 12)疲れる 13)涙が出る 14)花粉症 15)3歳児検診での指摘 16)就学時・学校検診での指摘 17)眼鏡作成希望 18)コンタクトレンズ作成希望( 初めて ・ すでに使用中 ) 19)健康診断での指摘 20)アイドック希望 21)その他( )					
お子様の近視進行抑制治療に ご興味はありますか？	いいえ ・ はい ・ すでに治療を始めている ・オルソケラトロジー(ナイトレンズ) ・マイオピン(低濃度アトロピン点眼) ・その他( )					
現在、またはこれまで 他の眼科におかかりですか？	いいえ ・ はい (いつ頃 眼科名 ) (処方されているお薬 )					
治療中の病気や 服用中のお薬はありますか？	ない ・ 高血圧、糖尿病 (HbA1c %)、腎臓病、心臓病、肝臓病、 喘息、前立腺肥大、その他( ) 病医院名( ) 使用中のお薬( ) ※お薬手帳、糖尿病手帳をお持ちの方はご提示ください(あり・なし・お忘れ)					
アレルギー体質はありますか？	ない ・ 花粉症、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、喘息 薬、食物、検査薬アレルギー(内容 )					
眼鏡・コンタクトレンズを 使用していらっしゃいますか？	眼鏡 ( 使用している ・ 時々使用する ・ 使用しない ) コンタクト ( 使用している (1day・2week・ハード) ・ 時々使用する ・ 使用しない )					
ご来院いただいたきっかけを お教えてください。	ご紹介 ( ご紹介者 様 ) 通りがかり ・ チラシ ・ ホームページ ・ その他( )					
女性の方のみ、お答えください。	現在、妊娠・授乳中ですか？ ( いいえ ・ 妊娠中( ヶ月) ・ 授乳中 )					