

< 問診票 >

記入日:令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様(男・女)	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日(歳)
住所	(〒 -)		
電話番号	自宅: () 携帯電話:	勤務先: 緊急連絡先:	
付き添い者	氏名:	患者様とのご関係()	
紹介者	なし・あり(紹介者名:)		
★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)			

★どのような症状がありますか？いつからですか？程度は？

①目が赤い	右 []	⑥見えにくい	右 []
	左 []		左 []
②めやにが出る	右 []	⑦黒い物が飛ぶ	右 []
	左 []		左 []
③痛い,異物感	右 []	⑧白内障の手術希望	右 []
	左 []		左 []
④かゆい	右 []	⑨緑内障の精査希望	右 []
	左 []		左 []
⑤涙が出る	右 []	⑩その他	右 []
	左 []		左 []

★上記の症状で、他院で治療を受けられましたか？

* 受けた :いつ頃ですか？病院名・薬・治療内容などは？ レーザー治療 眼科手術 ()

* 受けていない

★今までに病気やケガをされたことがありますか？あてはまる□に✓を記入してください。

* ある 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病(心臓ペースメーカー) 肝臓病 腎臓病
脳疾患 手術結核 リュウマチ ヘルペス アピ- 花粉症 アレルギー-性鼻炎
喘息薬物過敏症(薬名:)食物アレルギー-(食物名:)
 :いつ頃ですか？病院名は？ 治療内容などは？ ()

* なし

★現在内服・注射などの治療はしていますか？

* ある :いつからですか？病院名・病名・治療内容などは？ ()

* なし

★糖尿病・高血圧・高コレステロール血症の方は記入して下さい。

血糖値()ヘモグロビンA1c値() 糖尿病治療(インシュリン〈有・無〉 内服〈有・無〉)
 血圧 (/) コレステロール値 ()

★初診日、散瞳して眼底検査を受けることができますか？

* はい <散瞳検査とは> 目薬で瞳を大きくして、目の中のレンズや眼底の状態を精密に調べる検査です。検査後 4~5時間はまぶしくピントが合わなくなります。
 * いいえ

当院では令和5年4月よりマイナ保険証にて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めてまいります。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算6点(マイナ保険証を利用しない時) 加算2点(マイナ保険証を利用した時)