

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日			
お名前		男 ・ 女	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和	年	月	日 歳
ご住所 (〒 -)						
携帯番号	() -	自宅電話	() -			

- 1 本日は、下記のいずれをご持参されましたか？
☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカード保険証(以下、マイナ保険証) ☐ 提出なし(自費検査など)
- 2 マイナ保険証での受診の方にお尋ねします
あなたの診療情報(服薬情報、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？
☐ 同意した ☐ 同意していない
- 3 当院をどちらでお知りになりましたか？
ホームページ ・ 看板 ・ 近所 ・ 通りがかり ・ 家族や知人からの紹介(お名前:)
他院からの紹介 (病院名:) その他 ()
- 4 今日どのような症状で来院されましたか？ 該当するもの全てに○や☑をつけて下さい。
部位: < 右目 ・ 左目 ・ 両目 > いつから: _____
☐ 見えづらい(ぼやける ・ ゆがむ ・ 重なって見える) ☐ 目がかゆい
☐ 目が赤い ☐ 目が痛い ☐ 目ヤニが出る ☐ まぶたが痛い ☐ 涙がでる
☐ 学校検診(用紙をお持ちの方は提出してください) ☐ 目の検診
☐ めがねを作りたい
☐ 上記以外の症状 ()
- 5 今日コンタクトレンズをつけていますか？ (いいえ ・ はい)
目薬はお使いですか？ (いいえ ・ はい)(いつから 市販 ・ 病院処方)
- 6 目の手術や目のレーザーをしたことはありますか？ (いいえ ・ はい)
【いつごろ: 病名: 病院名: 】
- 7 血縁者の方に以下の病気にかかれた方がいらっしゃいますか？ (いいえ ・ はい)
【病名】緑内障 ・ 黄斑変性 ・ 網膜色素変性症 【続柄】祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹
- 8 薬や食べ物等のアレルギーはありますか？ (ある ない)
内容 _____
- 9 本日はどのような移動手段でお越しですか？
徒歩 ・ 自転車 ・ バイク ・ 電車 ・ タクシー ・ 自動車(運転してきた ・ 送ってもらった)
- 10 現在、他の医療機関に通院はされていますか？
☐ いいえ ☐ はい 医療機関名 ()
最近の受診日 ()
治療内容 ()
- 11 これまでに目の病気以外の病気や手術はされましたか？ (いいえ はい)
いつ () 内容 ()
- 12 これまでに、以下の病気を診断されている方は該当するもの全てに○をつけて下さい。
(高血圧 ・ 糖尿病(予備軍含む) HbA1c ・ 脂質異常症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 喘息)
- 13 本日、お薬手帳はお持ちですか？ ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。
(今持っている 家にある 作っていない)
- ※ 女性の方のみご回答ください
現在、妊娠はしていますか？(いいえ ・ はい) 授乳期間ですか？(いいえ ・ はい)

当院は診療情報を取得・活用することで、より高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

マイナ保険証は受診の度にご提示お願い致します。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算

加算1:6点(マイナ保険証を利用しない場合) 加算2:2点(マイナ保険証を利用する場合)

ご記入ありがとうございました
医療法人佳辰会 泉佐野おかざきクリニック