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 視力が落ち始めたのは、何歳の頃からですか？ (歳)

5 メガネを作ったことがありますか？ ↓ ある ない
 メガネを作ったことがある方だけお答えください

・初めてメガネを作ったのは何歳の時ですか？ (歳)
・現在使っているメガネはいつ頃つくったメガネですか？ (歳)

6 コンタクトレンズを使ったことがありますか？ ↓ ある ない
 コンタクトレンズを使ったことのある方だけお答えください

・初めてコンタクトレンズを作ったのは何歳の頃でしたか？ (歳)
・今までに使ったことのあるコンタクトレンズの種類全てに印を付けてください ☐ 使い捨てソフトレンズ ☐ ソフトレンズ ☐ ハードレンズ
・現在使っているコンタクトレンズについて教えてください 現在の度数 右()左() メーカー()商品名()購入時期(ヶ月前・ 年前) 購入場所(病院・診療所 コンタクト量販店 インターネット) 病院名() タイプ: 1Day 2Week 長期使用タイプ
・今までコンタクトレンズが原因の病気で治療を受けたことがありますか？ ☐ ない ☐ ある(病名)
・何ヶ月分購入ご希望ですか ☐ 1ヶ月分 ☐ 2ヶ月分 ☐ 3ヶ月分 ☐ その他()

7 コンタクトレンズの使用(予定)頻度は
 毎日 週2~3日 月数回 スポーツなどをするとき その他()

8 本日もご希望のコンタクトレンズがありましたらお聞かせください
 特に希望なし 希望あり(具体的に)

9 次の病気にかかったことがありますか？
 花粉症 アレルギー アトピー性皮膚炎 なし

10 体に合わない飲み薬、注射はありますか？
 ない ある→()

11 本日、コンタクトをつけていますか？
 いいえ はい(右目・左目・両方)

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