

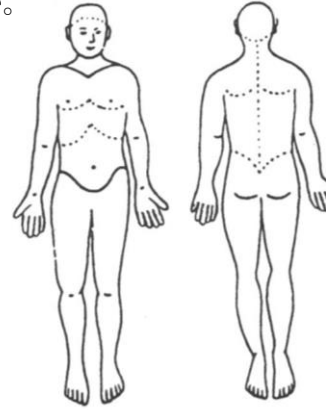
# 問 診 票

受診日 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 生	年 齢	体 重
					歳	k g
住所	〒 _____					
	自宅番号 ( )			携帯 ( )		

下記□に✓、○を付けてください。「あり」の場合は ( ) 内にご記入ください。

1. マイナ保険証による診療情報取得 同意 不同意
2. 他院からの紹介状をお持ちですか。 あり なし
3. 現在、他の医療機関に通院していますか。 なし  
あり (医療機関名、治療内容等 ( ) )
4. 今回はどんなことで来院されましたか。(主要症状等)  
( ( ) )
5. 上記症状はいつ頃からありますか。きっかけはありましたか。  
昨日 2・3・4・5日前 1・2・3・4週間位前  
1ヶ月前 その他 ( )
6. 今までかかったことのある疾患、または現在治療中の疾患がありますか。 あり なし  
高血圧症 糖尿病 脂質異常症 慢性腎臓病 悪性腫瘍 ( )  
脳梗塞 その他 ( )
7. 現在、処方されている薬はありますか。 あり なし  
(薬剤名、用量、投薬期間等 ( ) )
8. 過去1年間で特定健診の受診はありますか。 あり なし  
指摘事項等 ( )
9. 薬のアレルギー、またアレルギー体質があればお書き下さい。 あり なし  
薬 (抗生物質、かぜ薬、解熱・鎮痛薬、局所麻酔薬、造影剤、その他 ( ) )  
食物 ( ) 花粉症 ( ) ハウスダスト  
動物 ( ) その他 ( )
10. 現在、妊娠中又は授乳中であるか(女性の方のみ) あり (妊娠中 週・授乳中) なし
11. その他、知らせておきたいことはありますか。
12. 当院をお選び頂いた理由をお聞かせ下さい。  
以前より診察を受けている  
医療機関よりの紹介  
評判を聞いて (友人・知人の紹介)  
広告を見て (タウンページ・インターネット・看板・その他 ( ) )  
自宅・職場より近いので  
その他 ( )



痛い箇所○をお付けください

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致します。

## 眼科 問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

どうされましたか？ に✓してください。

- 視力が落ちた 黒いものが飛ぶ 光がはしる 二重に見える まぶたが腫れる  
目が疲れる 涙が出る まぶしい 目やに かゆい ゴロゴロ 赤い 乾く  
痛い（どこが… \_\_\_\_\_ どの様に… \_\_\_\_\_）  
健診で異常があった（ \_\_\_\_\_ ）  
検査をすすめられた（ \_\_\_\_\_ ）  
メガネを作りたい  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

どちらの目ですか？ 右 左 両方

いつからですか？ \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

今までかかったことのある病気、または現在治療中の病気がありますか？

- 高血圧…お分かりでしたら 平均血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
糖尿病…いつ頃からですか（ \_\_\_\_\_ ）頃から  
花粉症 アトピー ぜんそく 心臓病 腎臓病 妊娠中  
白内障の手術（ \_\_\_\_\_ 年頃 \_\_\_\_\_ 病院 右目 \_\_\_\_\_ 左目 \_\_\_\_\_ 両目 \_\_\_\_\_）  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

飲んでいるお薬はありますか？ あり なし

- ・高血圧薬 ・糖尿病薬 ・花粉症薬 ・ぜんそくの薬 ・心臓病薬 ・脳梗塞の薬  
 ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

お薬にアレルギーはありますか？ あり なし

- 抗生物質 かぜ薬 解熱・鎮痛薬 局所麻酔薬 造影剤 点眼薬  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 分かる範囲で具体的に（ \_\_\_\_\_ ）

矯正器具 メガネ ハードコンタクト ソフトコンタクト 未使用

本日の交通手段は何ですか？ 車 バイク 自転車 バス・電車又は徒歩

その他、何かありましたらご記入ください。

差し支えなければ、確実に連絡可能な電話番号（携帯など）をご記入ください。

TEL \_\_\_\_\_