

ID

眼科問診票

年 月 日

ふりがな
お名前

年齢 歳 職業

1. 受診理由について 該当するものに○をつけてください。

・他の医療機関からの紹介された ・目の症状がある ・健診の結果(指摘されたこと)

2. 症状ある方はいつからどのような症状がありますか? 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

いつごろから 本日 () 時頃、() 日前、() 週間前、() カ月前、() 年前

困っていることを具体的にご記入ください

3. 現在、コンタクトレンズを使用していますか? はい (ハード / ソフト / カラー) ・ いいえ

4. 健診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか?

・糖尿病 (なし ・ あり) ・高血圧 (なし ・ あり) ・喘息 (なし ・ あり)
・心臓病 (なし ・ あり) ・前立腺肥大 (なし ・ あり) ・腎機能障害 (なし ・ あり)
・その他 ()

5. 現在、処方されているお薬はありますか? (なし ・ あり) お薬手帳持参 (なし ・ あり)

アプリで管理されている方は、薬名を具体的にご記入ください

()

◆マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は、記載を省略可能

6. 以下に該当するものがあれば○をしてください。

・補聴器 ・磁気をおびた体内金属 (・ペースメーカー ・動脈瘤クリップ ・磁石で固定する入れ歯
・入れ墨 ・アートメイク) ・増毛用パウダー ・採血時などの気分不快

7. アレルギー (なし ・ あり) 薬品名 食品名

・アルコールアレルギー ・イソジン消毒アレルギー ・アトピー ・テープかぶれ

8. 妊娠 (なし ・ あり (週)) 授乳 (なし ・ あり)

9. この1年間で、【特定健診】もしくは【高齢者健診】を受診しましたか? (はい ・ いいえ)

◆マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? (はい ・ いいえ)

11. 当クリニックでは、患者様のデータを個人が特定されない形で症例検討、学会等で使用させていただくことがあります。
使用の可否に関しまして、どちらかに「レ点」をお願いします。なお、ご承諾いただけても診療には一切関係いたしません。
() 承諾します () 承諾しません

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。また、患者様の検査データを使用させていただくことがあります。ご理解の上ご了承いただけますようお願い申し上げます。 眼科長 市邊 義章

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1:4点、加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)