

# 問診票

年 月 日

フリガナ お名前			男 女	ご職業	
ご住所	〒 市 区				
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	才
自宅電話			携帯電話		
付添の方の連絡先					

## 本日マイナンバーカードをお持ちでしょうか

マイナンバー	有	無
医療証	有	無
診療情報等の取得の同意	有	無
お薬・他院からの診療情報等の提供の同意	有	無

※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。

本日は、どのような症状・ご希望で来院されましたか？

いつ頃から  
どちらの目 両目右目左目  
症状を教えてください

※眼鏡処方・コンタクト購入は事前に予約をさせていただきます。

コンタクトレンズの処方箋のみの発行は行っておりません。

眼鏡つくりたい  初めて  度の変更  
コンタクトレンズを作りたい  経験あり  初めて

現在、治療中、または今までにかかったことがある病気について教えてください。

目の病気 白内障・緑内障・その他（手術日）  
お使いの薬 無 有 薬名（  
全身の病気 高血圧・糖尿病・その他（  
お使いの薬 無 有 薬名（  
お体に合わないとお分かっているお薬（  
アレルギーはありますか？  
はい（  
いいえ

花粉症などの原因がわかるアレルギー検査を希望されますか？

※保険適応。主要8項目で注射を使わず6歳のお子様でも可能な検査があります。  
はい いいえ

当院をどのようにお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/>	知人、家族のご紹介	<input type="checkbox"/>	薬局からの紹介
<input type="checkbox"/>	近所にお住まい	<input type="checkbox"/>	ホームページで検索
<input type="checkbox"/>	看板をみて	<input type="checkbox"/>	他院の紹介
<input type="checkbox"/>	眼鏡店からの紹介	<input type="checkbox"/>	その他

本日コンタクトは装着されていますか？

はい  いいえ  
※現在  妊娠中  授乳中

