

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いております。

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

