眼科問診票 　記入日　　　年　　　月　　　日　　　　　　（　　　　診察券番号　　　　　　）

診察券番号

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  | 生年月日（西暦）　　　　　　　　年　　月　　日 |
| お名前 | ご住所　（〒　　－　　） |
| 性別；男・女・　 | 電話　（　　　）　　　－ |

１　本日の症状について

（ 　　）頃から、□右 □左 □両眼　　　□みえにくい　　□飛蚊症　□かゆみ

□痛み □充血 □腫れ　　　□健康診断で異常を指摘

□その他（　　　　　）□健康診断で異常を指摘

□痛み □充血 □腫れ　　　□その他（　　　　　）

２　これまで眼の病気になったことがありますか

□いいえ **□はい（病名 　　　　　　　　　 ）**

３　眼の手術を受けたことがありますか

□いいえ **□はい（□レーシック　□白内障手術　□その他（　　　　　　）**

４　コンタクトレンズを使用中、あるいは経験のある方

□ハード　□ソフト　□以前使用していた（ハード・ソフト）

５　本日車、バイクを運転して来院されましたか？□いいえ　***□はい***

６　瞳を目薬で開いて散瞳さんどう眼底検査を受けたことがありますか？

□いいえ ***□はい***

その後、目が腫れたり充血したりしましたか？□いいえ　***□はい***

７　眼科以外の治療歴、治療中のご病気がありますか？

□なし　□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□喘息　□脳梗塞

□他（　　　　）

８　血液を固まりにくくするお薬を内服していますか？□いいえ***□はい***

９　女性の方　妊娠・妊娠の可能性がありますか？　□いいえ　***□はい***

１０ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？　　　□いいえ　***□はい***

（薬：　　　　　　　）（食べ物：　　　　　　　　 ）

１１ 当院眼科を何でお知りになられましたか？

□当院内科　□インターネット　□知人・家族（　　　　）　□通りすがり

１２　マイナ保険証による診療情報取得について　□同意する

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。医療情報・システム基盤整備体制充実加算　マイナ保険証を利用しない場合：初診時　加算１：4点(6点)【再診時　加算３：2点】()は令和5年4～12月の特例措置による加算点数です　マイナ保険証を利用する場合：初診時　加算２：2点

----------(▼当科使用欄▼)-------------------------------

　　　　　　　　　　　　　免許（　　）運転（　　）通院（　　　　）

主訴：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（M/Y/H）

屈・矯圧散＿＿・写OCT（ﾗﾏ）・HA・内皮・ｽﾘ眼底

RV=　 (　 　xS- :C- A )RT＝

LV=　 (　 　xS- :C- A )LT=

＿＿：屈・矯圧散＿＿・写・OCT（ﾗ ﾏ）・HA・内皮

調・ｽﾘ・眼底（片・両）・染・睫毛・紹介状・＿＿＿

Scan　未・済

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| No.＿＿Scan　未・済 |  |
| 主訴：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（M/Y/H）屈・矯圧散＿＿・写OCT（ﾗﾏ）・HA・内皮・ｽﾘ眼底RV=　 (　 　xS- :C- A )RT＝LV=　 (　 　xS- :C- A )LT=＿＿：屈・矯圧散＿＿・写・OCT（ﾗ ﾏ）・HA・内皮調・ｽﾘ・眼底（片・両）・染・睫毛・紹介状・＿＿＿ |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Ver.20230501**

**こちら裏側です**

ID

氏名

BD

アレルギー

　　無・＿＿＿＿＿

散瞳（可・不可）

＃

＃

＃免許（　　）運転（　　）通院（　　　）