

# 眼科 問診票

診療日  
令和

年

月

日

医師確認欄

氏名( ) 年齢( ) 男・女  
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

1. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？

同意した  同意していない  マイナ保険証を利用していない

2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

持っている  持っていない

3. 健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？

受けている  受けていない

4. 症状があるのはどこですか？ 右眼・左眼・両目

5. いつ頃から症状がありますか？ ( )頃

6. 特に困っている症状はどの症状ですか？

眼が赤い  めやにが出る  眼がごろごろする  涙が出る  
 眼が痛い  眼がかすむ・見えにくい  眼が乾く  
 物が二重に見える  黒い物や光が見える  ゴミが入った  
 眼をぶつけた  まぶしい  その他( )

7. 糖尿病のお薬を飲んでいますか？ はい・いいえ

8. 高血圧のお薬を飲んでいますか？ はい・いいえ

9. 今までに病気で治療をした事がありますか？ その病名は何ですか？

10. アレルギーはありますか？ はい・いいえ

はいとお答えになった方にお聞きします。何のアレルギーですか？ ( )

11. 今までにお薬でアレルギーが起こった事がありますか？ はい・いいえ

はいとお答えになった方にお聞きします。どんなお薬ですか？ ( )

12. 今までに眼科にかかった事がありますか？

1) はい ⇒ 病名( )

2) いいえ

13. 女性のみお答えください

妊娠していますか？ はい・いいえ

「はい」の方→ 妊娠週数 \_\_\_\_週 \_\_\_\_日

14. 今日は車・バイク・自転車を自分で運転して病院へきましたか？ はい・いいえ

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いたします。  
◆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)