

診察申し込み・問診票

あてはまるところに○をつけてください。_____には具体的にご記入をお願いします。

(ふりがな)									
お名前	_____					男		女	
生年月日	大正	昭和	平成	令和	西暦	_____年	_____月	_____日	
郵便番号	〒		—			電話番号 (ご自宅)	_____		
ご住所						(携帯)	_____		

1. マイナ保険証 (保険証と紐づけされたマイナンバーカード) をお持ちですか?

いいえ

はい→診療情報取得に同意されますか (はい、いいえ)

2. 本日はどうなさいましたか? ①~⑤からお選びいただき、ご記入ください。

① 眼の調子がよくない

★どちらの目ですか? (右目、左目、両目、わからない)

★いつごろからですか? _____から

★どうされましたか?

赤い、目やに、乾く、かゆい、痛い、腫れる、見えにくい

その他 _____

② 眼科を受診するように言われた (学校検診、ドック、その他 _____)

③ 眼鏡合わせ希望 (初めて、度数が合わなくなった)

④ コンタクトレンズ合わせ希望 (初めて、経験あり)

⑤ ①~④以外 _____

3. これまでに入院や手術をされたことはありますか?

(いいえ、はい→ _____)

4. 現在、処方されているお薬はありますか?

(いいえ、はい→ _____)

5. これまでにおくすりや食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?

(いいえ、はい→原因となったもの _____)

6. 女性の方へ 現在、妊娠または授乳中ですか? (いいえ、はい)

7. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか?

家族・知人の紹介 ホームページ その他 _____

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。

ご記入ありがとうございました
こぎし眼科クリニック