

問 診 票

フリガナ		生年月日	大正・昭和	年	月	日
お名前			平成・令和			
住所	〒					
		携帯	()			
		自宅	()			

当院をどのように お知りになりました か？	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> 医院周辺看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ご紹介 ご紹介者のお名前 () <input type="checkbox"/> 昔から知っていた <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------------------	--

◆当医院における個人情報保護方針について
 ・当院では、患者様の個人情報の取り扱いに万全の体制で取り組んでおります。
 ・問診表に記載された個人情報は、当院における医療行為・他院や院外薬局などとの連携・診察費請求・各種ご案内などに
 利用させていただきます。
 ◆診察費の請求業務のため、健康保険証のコピーをとらせていただいております。
 ※上記について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。

◆アンケートにご協力ください。

1. 今日はどうなさいましたか？	症状はいつ頃から (月 日頃から)
▶見えにくい [右・左・両眼] ▶目が痛い [右・左・両眼] ▶目が赤くなった [右・左・両眼] ▶メヤニが出る [右・左・両眼] ▶まぶたが腫れた [右・左・両眼] ▶黒いものが見える [右・左・両眼] ▶目が乾く [右・左・両眼] ▶目が疲れる [右・左・両眼] ▶目がかゆい [右・左・両眼] ▶涙が出る [右・左・両眼] ▶その他 []	▶メガネを作りたい⇒予約が必要となります ▶コンタクトを作りたい ・コンタクトは 初めて ・ 使用中 (ハード・使い捨て) ※使用中の方へ ・コンタクトレンズの製品名 () ・コンタクトレンズの度数 (右 左) ・メルスプランですか？ (はい ・ いいえ) ▶コンタクトを使用して、違和感はありませんか？ ・目が乾く ・涙が少ない ・目に傷がある ・目が疲れる ・目が痛い ・レンズがずれる ・目がゴロゴロする ・目が痒くなる ・フラフラする ※ ○をお付けください
2. コンタクトを使用していますか？	いいえ ・ はい (ハード・使い捨て)
3. 薬を使用して異常が出たことがありますか？	いいえ ・ はい
4. 今まで目の病気にかかったことがありますか？	いいえ ・ はい 白内障・緑内障・網膜はく離・ぶどう膜炎・外傷・その他()
5. 現在、何かお体の病気にかかっていますか？	いいえ ・ はい 喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・アトピー・花粉症・その他()
6. 妊娠の可能性はありますか？	いいえ ・ はい (月)
7. 当院での診察に対しての要望はありますか？	例) 説明をしっかりとってほしい など

※ ご協力ありがとうございました