

問 診 表

フリガナ		生年月日	大正・昭和	年	月	日
お名前	男・女		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？	☐ ホームページ	☐ 駅看板	☐ 医院周辺看板
	☐ ご紹介	☐ ご紹介者のお名前 () ☐ 昔から知っていた	
	☐ 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・疫体検査・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・各種医療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 ） ・今回希望の種類 （ 1DAY・2WEEK・ハード ） 製品名（ ） ・当院で（ 購入希望 ・ 処方箋希望 ） ※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 ）		
2. コンタクトを使用していますか？		いいえ ・ はい（1DAY・2WEEK・1MONTH ハード・コンベソフト）	
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（ ）	
お薬手帳をお持ちの方は問診表と一緒にご提出ください			
6. 妊娠の可能性はありますか？		いいえ ・ はい （ 月 ）	
7. 当院に対しての要望はありますか？			