

問診票 (眼科)

フリガナ

氏名

年齢

歳 (男・女)

受診日

年

月

日

1	(身長 cm) (体重 kg) (体温 °C)
2	<p>マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">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まいります。 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。</p>
3	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>
4	<p>本日のご来院理由は何ですか。 (車・電車・徒歩・送迎・バス) (右・左・両眼) が (日前・ ヶ月前・ 年前) より</p> <p> <input type="checkbox"/> 見えにくい (遠方・近方) <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> 眼鏡・コンタクトが合わない、作りたい <input type="checkbox"/> 目やにが出る <input type="checkbox"/> 虫が飛んだり黒い点が見える(飛蚊症) <input type="checkbox"/> 眼がかゆい <input type="checkbox"/> 眼がはれている (上・下・両方) <input type="checkbox"/> 眼が疲れる <input type="checkbox"/> 眼が痛い・ゴロゴロする・違和感 <input type="checkbox"/> 眼が赤い・充血する <input type="checkbox"/> 受診を勧められた (学校検診・人間ドック・その他) </p> <p>(内容:)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
5	<p>今までに何か病気にかかったり、手術を受けたことはありますか。</p> <p> <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 手術 () <input type="checkbox"/> その他 () </p>
6	<p>現在、内服中のお薬はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の方・・・「お薬手帳」を受付に提示していただければ記入を省略して構いません。 医療機関名: 投薬内容:</p>
7	<p>今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬) 食べ物()</p>
8	<p>直近1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受けましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時期() 指摘事項()</p>
9	<p>女性の方のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 現在妊娠中(週) <input type="checkbox"/> 現在授乳中</p>