

～はじめての方へ～

問 診 票

ふりがな		〈生年月日〉 大・昭・平・令 年 月 日 才
お名前	男女 女	
郵便番号	〒	電話番号 (- -) 携帯番号—必ずご記入ください (- -)
ご自宅住所		
職 業	くわしく・例：事務でパソコンをよく使用する	現在ご使用中のお薬 なし あり ()

- (1) 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ いいえ ・ はい
- (2) どうしましたか？ (右眼・左眼・両眼)
目が赤い・かゆい・痛い・腫れた・目やに・ゴロゴロ・まぶしい
メガネを作りたい・セカンドオピニオン・治験参加希望
その他 ()
- (3) いつ頃からですか？
()
- (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 → 病名 ()
- (5) 下記の病気にかかったことがありますか？ ○印をして下さい
高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・ガン
アレルギー (具体的に)
その他 ()
- (5) 薬・注射で具合が悪くなったことがありますか？
いいえ ・ はい → どんな薬・注射ですか？ ()
どうなりましたか？ ()
- (6) 女性のかたに・・・現在妊娠・授乳中ですか？ いいえ ・ はい
- (7) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？
他院・知人・ご家族()様からのご紹介
当ビルに来院して・看板を見て・HP・他 ()
- (8) マイナ保険証をご提示の方にお聞きします。
診療情報取得に同意されましたか？ いいえ ・ はい

※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努めております。
※当院に受診されたために、取得された検査・治療の結果を、個人情報にはふれる事なく科学的なデータのみを、医学の発展の為に臨床研究に使用させて頂く事がございます。賛同できない場合は院長までお申し出ください。