加藤眼科 問診表

ふりがな　　電話番号：自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：西暦　　年　　月　　日

住所　：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

§マイナンバー保険証（マイナ保険証）による診療情報取得に同意する／しない

§他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　はい／いいえ

§症状があるのはどちらの眼ですか？　両眼／右眼／左眼

§症状の始まった時期はいつごろですか？　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿から

§気になる症状に〇を、最も気になるものには◎をつけて下さい。（複数可）

かすむ・まぶしい・ゆがむ・だぶる・ゴミが入った・目をぶつけた

光が走る・ゴミまたは糸のようなものが見える・視野が欠けている

まぶたが痛い／腫れた・しこりができた・目の表面が痛い・目の奥が痛い

目が赤い・かゆい・メヤニ・涙が出る・乾く

疲れる・しょぼしょぼする・メガネ／コンタクトレンズを作りたい

学校検診／人間ドック／他院で眼科受診を勧められた

その他：

§本日は御自分で車を運転して来ましたか？

あるいは受診後数時間以内に車を運転しますか？　→はい・いいえ

§現在他院で治療中の病気がありますか？　→はい・いいえ

医療機関名：

病名：

§薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？　→はい・いいえ

具体的に

§入院や手術を要する病気にかかったことはありますか？　→はい・いいえ

時期　　治療内容

＊裏面にも御記入下さい。

§目の手術やレーザー治療を受けたことがありますか？　　→はい・いいえ

具体的に

§現在妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）　　→はい・いいえ

§眼科受診を勧められ来院された方は当てはまる項目に〇をつけて下さい。

＊どちらで勧められましたか？

他の眼科／他院（内科など）／健康診断／人間ドック

具体的に

＊具体的な紹介の目的（おわかりになれば御記入下さい。）

・白内障手術

・緑内障（視神経乳頭陥凹拡大）の精密検査

・糖尿病の眼底検査

糖尿病とわかってからの年数：　　年

ヘモグロビンA1cの値：　　％

治療内容：食事・運動のみ／内服薬／インスリン注射

・高血圧の眼底検査

・その他

§何か特に御要望があれば空きスペースに御記入下さい。

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御協力をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

加算１：4点（通常）　加算２：2点（マイナ保険証を利用すると２点減額されます）