

問 診 票

名前	フリガナ	生年月日	年 月 日	年齢	
住所	〒			性別	男・女
電話番号	自宅：		携帯：		職業

1. マイナ保険証による診療情報取得について ・同意する ・同意しない
2. どちらの眼の具合が悪いですか？ ・右眼 ・左眼 ・両眼
3. いつからですか？ _____ 日前 _____ ヶ月前 _____ 年前 から
4. 当てはまるものに○をしてください。
 - ・充血 ・かゆい ・痛い ・疲れる ・はれた・眼ヤニが出る・乾燥する
 - ・ゴロゴロする ・涙が出る ・ゴミが入った ・見えにくい ・かすむ
 - ・黒い物が飛んで見える ・光が飛んで見える ・だぶってみえる ・ゆがんで見える
 - ・その他 (_____)
 - ・検診や人間ドックで (_____) と言われた
5. メガネ・コンタクトを作りたい、又は度が合わない。
6. 眼の病気で通院したり、眼の手術をしたことがありますか？いつ頃ですか？
なし・あり (_____)
7. 眼以外で今までに診断された病気はありますか？ なし・あり
 - ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・喘息 ・心疾患(_____)
 - ・花粉症 ・アトピー ・リウマチ ・睡眠時無呼吸症候群 ・その他 (_____)
8. 血縁関係の方のご病気で当てはまるものに○をつけてください。
 - ・緑内障 ・網膜色素変性症 ・色覚異常 ・糖尿病
9. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？
（マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載を省略可能）
 ・はい ・いいえ
 受診時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 指摘事項 _____
10. 内服薬・注射薬・点眼薬でアレルギーがでた薬はありますか？
なし・あり 薬剤 (_____)
11. 妊娠 (_____ ヶ月)、授乳中
 _____ 年 _____ 月 _____ 日