

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. どちらの目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 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