

問診票

フリガナ

お名前 性別 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

〒

ご住所

電話番号（携帯）

10歳未満の方は体重を記入して下さい（ kg）

※マイナ保険証の利用や問診票を通して、診療情報（薬剤情報、特定健診情報やその他必要な情報）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おります。

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。

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？

する しない 持っていない

・マイナ保険証確認端末は各種公費受給者証には対応しておりません。公費受給者証は原本での確認になります。

1. 本日は、どのような目の症状ですか？（ 右目・ 左目・ 両目 ）

よく見えない ・ かすみ ・ ぼやける ・ 二重に見える
歪んで見える ・ まぶしい ・ 痛い ・ かゆい ・ 目が赤い ・ 瞼が腫れる
涙が出る ・ ゴロゴロする ・ 目が疲れる ・ 目が乾く ・ 黒い点が見える
糸やゴミのようなものが見える ・ メヤニが出る

その他の症状（ ）

いつからですか？ 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前（ ）

2. 今まで目の病気されたことはありますか？ ない ・ ある

病名（ ）

その病気について、治療を受けたことがありますか？ ない ・ ある

時期 頃 眼科にて

3. 現在治療中の病気、今までにかかった病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 / 狭心症 ・ 心筋梗塞 / 脳梗塞・脳出血 ・ 癌 ・ 前立腺肥大
結核 ・ 気管支喘息 その他（ ）

4. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？ ある ・ ない

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい。（ ）

※マイナ保険証による情報取得にご同意頂いた方は、直近1カ月以内の処方薬以外は省略可

5. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

食べ物 ・ 薬（ ）

6. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ