

ふりがな

氏名

男女

生年月日

大昭平令

年

月

日

年齢

歳

住所

電話番号 ()

—

緊急連絡先 ()

—

紹介状

有 ・ 無

マイナ保険証情報取得に同意

する ・ しない

本日の症状

いつからですか

どちらの目ですか

右

左

両眼

その他

眼瞼

目頭

目尻

該当するものに○をつけてください

みにくい

いたい

黒いものがちらつく

まぶしい

かゆい

ころころする

涙が出る

めやに

充血

視力検査

会社の健診で受診

メガネの処方せん希望

その他気がついたことがあれば記入してください

当てはまる項目がある方は○をつけてください

糖尿病

心臓病

高血圧

喘息

透析

脳梗塞

アトピー

妊娠

(月)

授乳中

眼瞼形成

まつエク

レーシック眼

その他 ()

薬のアレルギーについて

ある ()

ない

ジェネリック薬品を希望する ()

本日はお車で来院されていますか

< はい

・ いいえ >

★内服など処方されている方でお薬手帳をお持ちの方は、この問診票と一緒に窓口に提出してください

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ご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)