

石川眼科 問診表

(代筆の場合)

(フリガナ)

名前 _____ 性別 男・女 受診者との関係： _____

住所 〒 _____

電話番号 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

① マイナ保険証をお持ちですか？

(はい・いいえ)

はいの方→診療情報取得に同意されますか？ (はい・いいえ)

② 今日は、どういうことで来院されましたか？

③ 今までに大きな病気がかかったことはありますか？

また、現在、ほかの医療機関に通院されていますか？

なし・あり→ありの場合は、具体的に書いてください

④ 現在、服用されているお薬はありますか？

※お薬手帳を出された方は、薬は書かなくていいです

いいえ・はい (お薬名 _____)

⑤ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？

いいえ・はい

(ある場合は具体的に _____)

⑥ 女性の方のみ、妊娠していますか？ (はい (_____ 週目)・いいえ・わからない)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

⑦ 今、コンタクトレンズを装用していますか？ (はい・いいえ)

⑧ コンタクトレンズご希望の方

● コンタクトレンズは初めてですか？ (はい・いいえ)

● 本日、メガネを持参されましたか？ (はい・いいえ・作っていない)

当院では医療情報を取得・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。マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。