

問 診 表

年 月 日

フリガナ	
受診患者氏名	男 ・ 女
生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日 () 歳
住所 〒	
必ず繋がる TEL () -	緊急連絡先 TEL () - 氏名 (続柄)

1. どうされましたか？

痛い ・ かゆい ・ 赤くなった ・ 腫れた ・ 目やに ・ 涙 ・ 物が入った
視力低下 ・ 定期検査 ・ その他 ()

2. いつから、どちらの目ですか？

今日 (時頃) ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () ヶ月前から
右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

3. 今までにかかった目の病気はありますか？

ない ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ その他 ()

4. 今までにかかった体の病気はありますか？

ない ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ その他 ()

5. 現在、体の病気で治療を受けたり、お薬を飲んだりしていますか？

いいえ ・ はい ⇒ 病名 ()
お薬手帳 有 ・ 無 お薬をもらっている病院名 ()

6. お薬や注射で発疹やじんましん等、体に異常がでたことはありますか？

ない ・ ある ⇒ お薬名 ()

7. 妊娠していますか？(女性のみ)

はい ・ いいえ

8. 本日付き添いの方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい ⇒ 名前 () 続柄 ()

9. 当院を何でお知りになりましたか？

友人知人から ・ 看板広告 ・ 電話帳 ・ インターネット ・ 紹介状

◇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務めています。 正確な情報を取得・活用するためマイナンバーカードの利用にご協力お願いいたします。 マイナンバーカードをお持ちの方にお伺いします マイナンバーカードによる診療情報取得に 同意します 同意しません
--