

眼科問診票

(日付：)

(ID：)

フリガナ

氏名 _____ (才) 電話番号 _____

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない 持っていない

***本日どうされましたか？**

***いつからですか？(年 月 日)**

***今までに、眼の病気や手術をしたことがありますか？**

・はい 病名()

いつ(年 月 日)

・いいえ

***今までに、体の病気や手術をしたことがありますか？**

・はい 病名()

いつ(年 月 日)

・いいえ

***現在、治療中の病気はありますか？**

・はい 病名()

いつ(年 月 日)

・いいえ

***お薬・注射で気分が悪くなったり、発疹が出た事がありますか？**

・はい 薬の名前()

・いいえ

***3カ月以内に海外への渡航歴はありますか？**

・はい 渡航した国(都市まで記入)()

渡航期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで

・いいえ

***女性の方へ 現在妊娠していますか？**

・はい (ヶ月)

・いいえ