

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名		T・S・H・R 年 月 日 ()才
住所	〒 -	
TEL	() -	

今後、マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ (はい・いいえ)

① 今回の症状を記入して下さい。

右眼 左眼 両眼

見にくくなった (いつ→ から)

飛蚊症 (いつ→ から)

かゆい・痛い・めやに (いつ→ から)

その他()
コンタクト・メガネ

② 他の病院で治療や過去の入院、手術歴はありますか？

なし
あり → _____ 病院で 糖尿病・高血圧・心臓病・脳梗塞
その他 ()
入院・手術 (年 月 病院 科)

③ 薬のアレルギーや他に知らせておきたい事がありますか？

④ 妊娠中の方は記入してください (現在 月 予定日 年 月 日)

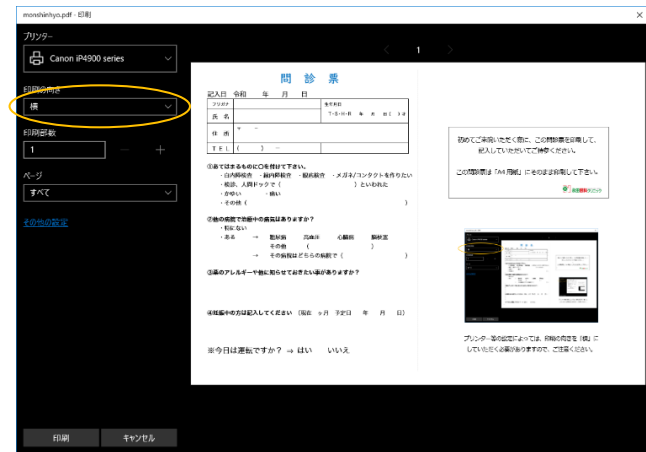
⑤ 今日は運転してきましたか？ (はい・いいえ)

※糖尿病の方は両眼の眼底検査をする可能性がありますので、運転は控えて下さい。

ありがとうございました。ご記入が済みましたら受付へお出してください。

初めてご来院いただく際に、この問診票を印刷して、記入していただいでご持参ください。

この問診票は「A4用紙」にそのまま印刷して下さい。



プリンター等の設定によっては、印刷の向きを「横」にしてください。必要があるので、ご注意ください。