記入日：2023 /　 /　 .

まつのき眼科クリニック 問診票

ふりがな		**性別**
名前		男 ・ 女
生年月日	西暦　　年　　月　　日	（年齢　　歳）
住所	〒　　ー	
電話番号		

1、本日はどのようなことで診察をご希望ですか？

見えにくい・疲れる・かすむ・ゆがむ・まぶしい・涙がでる・乾く・めやに・目が赤い・ゴロゴロする
痛い・かゆい・まぶたの腫れ・メガネ作製・健康診断・人間ドック結果・学校健診結果・学童期の近視
相談・その他（　　）

2、メガネやコンタクトレンズを使用していますか？　はい ／ いいえ

はいの方（ メガネ・老眼鏡・ソフトコンタクトレンズ・ハードコンタクトレンズ ）

3、今までに眼の病気や手術をしたことがありますか？　はい ／ いいえ

はいの方（　　年　　月　病名：　　病院名：　　）
使用中の点眼薬（　　）

4、今までに眼以外の病気や手術を経験されたことはありますか？　はい ／ いいえ

はいの方（ 高血圧・糖尿病・心臓病・アトピー・喘息・透析中
その他（　　））

5、お薬手帳や糖尿病連携手帳などはお持ちですか？　はい ／ いいえ

6、お薬や食べ物など、アレルギーはありますか？　はい ／ いいえ

はいの方（　　）

7、本日運転する予定がありますか？　はい ／ いいえ

はいの方（ 眼底検査を受けられる場合は約半日ほど眩しく運転ができなくなります ）

8、現在妊娠中または授乳中ですか？　はい ／ いいえ

はいの方（ 妊娠中 ・ 授乳中 ）

9、サプリメントは使用されていますか？　はい ／ いいえ

はいの方（使用中のサプリメント：　　）

10、マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただけますか？　はい ／ いいえ

＊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致します。

11、当院を知った理由をお聞かせください

家族や知人からの紹介・看板・インターネット検索・Googleマップ・医療機関からの紹介

ご協力いただきありがとうございました。受付スタッフにお渡しください。