

たなか眼科問診票

お手数ですが、ご記入をお願いします

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
〒 -	
ご住所	電話番号

[当てはまる項目に○をつけてください]

【1】どんな症状ですか?

見えにくい 目やに 目が痛い 目がかゆい コンタクトレンズ希望

その他 _____

【2】どちらの目ですか?

両方 右目 左目

【3】いつからですか? _____

【4】身体の病気はありますか?

ない 糖尿病 高血圧 その他 _____

【5】お薬でアレルギーが出たことはありますか?

ない ある どのようなお薬でしたか? _____

【6】これまで眼科を受診したことはありますか?

ない ある どのように言われていましたか?

【7】マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか?

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いたします。

ご記入ありがとうございました