

帯広眼科 初診問診票

ふりがな

お名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 (年 月 日)

1、今一番困っているのは、どんな症状ですか？○をつけて下さい。

- ①腫れた ②かゆい ③目やにが出る ④痛い ⑤充血
⑥乾く ⑦涙が出る ⑧二重に見える（両眼で、右で、左で）
⑨かすむ ⑩糸の様なものが見える（飛蚊症）（光視症）
⑪物がゆがんで見える ⑫目が疲れる
⑬視力低下（遠く、近く、両方） ⑭眼鏡を作りたい
⑮その他（ _____ ）

2、どちらの目の具合が悪いですか？（ 両 ・ 右 ・ 左 ）

3、症状はいつからですか？（ 日前～ ・ 月前～ ・ 年前～ ）

4、今までに目の病気をされたことがありますか？ はい・いいえ

緑内障・白内障・網膜剥離・眼底出血・他（ _____ ）

5、現在、他の眼科で治療中ですか？ はい・いいえ

（病院名： _____ ・ お薬手帳に記載あり）

6、治療中のご病気はありますか？ はい・いいえ

糖尿病・ぜんそく・心臓病・他（ _____ ）

7、薬にアレルギーがありますか？ はい・いいえ

（薬品名： _____ ・ 不明 ）

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。
正当な情報を取得・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。

【診療報酬算定要件に従い、2024年12月1日より下記の通り診療報酬点数を算定いたします。】

医療情報取得加算として * 初診 1点(月1回)。 * 再診 1点(3カ月に1回)