

問診票

厚木いいだ眼科

名前	ふりがな	男・女	大・昭	年	月	日生
			平・令		()
住所	〒	電話番号	自宅：			
			携帯：			

1.現在の症状について、「いつ」「どちらの眼」「症状」の3点を具体的に記入してください。

2.過去に眼科で治療・手術をしたことについて「いつ」「どちらの眼」「どこで」「どのような治療・手術」を行ったか具体的に記入してください。

3.現在、通院・治療しているご病気はありますか？（糖尿病以外）

4.糖尿病と診断されたことがありますか？（はい・いいえ・境界型）

いつ頃		HbA1c	%
-----	--	-------	---

5.アレルギーはありますか？

薬（はい・いいえ） はい とお答えになられた方のみ⇒薬品名 _____

喘息（はい・いいえ）

その他アレルギー（ _____ ）

6.該当される方のみお答えください。 ご妊娠されていますか？ 妊娠 週 日・授乳中

7.本日は車・バイク・自転車をご自身で運転してご来院されましたか？（はい・いいえ）

8.メガネを使用していますか？（はい・いいえ）《遠用・近用・遠近両用・その他》

コンタクトを使用していますか？ はいの方のみ⇒ 《ソフト・ハード》

9.マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（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お願いいたします。

当院は、平成28年末まで本厚木南口にて診療しておりました。受診されたことはありますか？

（はい・いいえ）