

問 診 票

_____年 月 日

氏名、_____殿

当てはまる項目の□に✓を入れてください。

1. 本日はどうしましたか？（来院の理由）

- 右目 左目 両目
白内障手術について 視力が落ちた、見えなくなった 黒いものが飛ぶ
痛い 赤くなった 充血 めやに かゆい 腫れた
その他（_____）

・その症状はいつから？（ ）日前～（ ）ヶ月前～（ ）年前～

・現在、他の眼科に通院していますか？ はい いいえ

医療機関名 _____ 受診日 _____年 月 日 頃

診断名 _____ 治療内容 _____

2. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

3. 本日はいずれかを持参されましたか？ 健康保険証 マイナ保険証(マイナンバーカードの保険証)

4. マイナ保険証での受診の方にお伺いします

服薬歴、健診歴など診療情報を当院が取得されることに同意しますか？ 同意する 同意しない

5. 現在、処方されている薬はありますか？

(マイナ保険証による情報収集に同意した方については記載不要です)

服用・点眼している（薬剤名 _____） なし

6. これまでに薬や食品でアレルギーを発症したことはありますか？

ある（原因 _____ 症状 _____） ない

7. 今までに入院や手術を必要するような大きな病気にかかったことはありますか？

ある ない

病名 _____ 時期 _____年 月 日 頃

医療機関名 _____ 治療内容 _____

8. この1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けましたか？

(マイナ保険証による情報収集に同意した方については記載不要です)

受けた(時期 _____年 月 日 頃) 受けていない

9. 女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい（妊娠 _____カ月・授乳中） いいえ

10. 12歳以下のお子さんについて 体重 _____ kg

11. その他 _____

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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

《医療情報取得加算》

	マイナ保険証を利用しない場合	マイナ保険証を利用する場合
初診時（月1回）	加算 1：3点	加算 2：1点
再診時（3か月に1回）	加算 3：2点	加算 4：1点