

ふりがな				生年月日	年 齢	性 別
氏 名				大正・昭和 平成・令和	年 月 日	歳 男・女
郵便番号	—	住所				
電話番号				携帯		

◎ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ☐はい ☐いいえ

◎ 本日はどのような症状・目的で来院されましたか？

かゆい 痛い 異物感 めやに 流涙 充血 乾燥感 めいぼ
見えにくい 黒い物が見える コンタクト検診 メガネを作りたい 定期検診
その他()

◆いつ頃からですか () 頃から)

◆症状があるのはどちらの目ですか ☐右目 ☐左目 ☐両目

◎ コンタクトレンズを装用していますか？

☐はい (☐ソフトコンタクト ☐ハードコンタクト) ※ ☐本日は装用していない
☐いいえ

◎ これまでに目の病気の治療や手術を受けたことはありますか？

☐はい ☐いいえ

右目 病名() ☐手術(いつ頃)

左目 病名() ☐手術(いつ頃)

病院名()

◎ 他の眼科に通院して処方されている目薬や飲み薬はありますか？

☐はい(薬剤名:) ☐いいえ

◎ 眼科以外の病気があれば、ご記入下さい

なし 糖尿病 高血圧 脂質異常(高コレステロール) 心臓病 不整脈 喘息 アトピー
肝臓病 腎臓病 脳梗塞 前立腺肥大 花粉症 その他()

◎ この1年間で健康診断を受けられましたか？

☐はい(指摘事項:) ☐いいえ

◎ 今までに薬や注射・食物などで具合が悪くなったことはありますか？

☐はい(種類:) ☐いいえ

◎ 現在、妊娠中・授乳中ですか？ ☐はい ☐いいえ

◎ 診察内容により、散瞳検査(数時間見えにくくなります)を行う場合があります、

本日実施してもよろしいですか？ ※散瞳する場合、お車は駐車場にそのまま置いていただいて構いません。

☐はい(検査後に見えにくくなくても問題ありません) ☐いいえ(運転の予定がある、体質的に不安があるなど)

◎ マイナ保険証により診療情報取得に同意されましたか？ ☐はい ☐いいえ

◎ 診察券の発行を希望されますか？ ☐はい ☐いいえ

(本日、会計終了後よりスマート診察券が利用可能です。LINE 登録をお願いします。)

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。
医療情報取得加算【初診時】1点【再診時】1点(3月毎)