

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 ()
- ◎ 他の眼科で処方されている目薬や飲み薬がありますか？
☐ 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 心臓病 不整脈 喘息 アトピー 腎臓病
肝臓病 脳梗塞 前立腺肥大 脂質異常(高コレステロール) 花粉症
その他 ()
- ◎ この1年間で健診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
- ◎ 診察後は自分で車やバイクを運転する予定ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
- ◎ 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・活用することで室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)