

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着していますか？  
はい ( ソフトコンタクト ハードコンタクト ) → 本日は装着していない  
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

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)