

◆ 初めて受診される方へ ◆

記入日 年 月 日

ふりがな _____

氏名 _____

男・女 生年月日 _____

大 昭
平 令

年 月 日

〒 _____

住所 _____

☎電話番号① _____

☎電話番号② _____

① 今日はどうなさいましたか？(どちらの目か、いつからの症状か、なども記入してください)

例) 6/1 から、右眼が赤くなり痛い。
6/30 に受けた会社での検診で視神経乳頭陥凹の疑いと言われた。

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 メガネを使用していますか？

はい ・ いいえ

④ コンタクトレンズを使用していますか？

はい (1 DAY ・ 2 WEEK ・ ハード) ・ いいえ

⑤ 今までに目の病気(ケガ)や治療・手術(美容整形含む)をしたことがありますか？

(白内障・緑内障・硝子体・レーシック・ICL・二重手術等の美容系・他) はい ・ いいえ

⑥ 血縁関係の中で緑内障の人はいますか？

はい ・ いいえ

⑦ かゆみの症状がある方へ

アレルギー(アレルゲン)の原因を調べますか？

はい ・ いいえ

8項目を20分程度でお調べできます。採血(39項目)検査の場合は予約となることがあります。

⑧ 現在、治療中(通院中)以前かかった病気はありますか？

はい ・ いいえ

高血圧 糖尿病 心疾患 胃腸疾患 肝疾患 腎疾患 脳疾患 精神疾患 / 整形外科

その他 () かかりつけの病院 ()

⑨ 現在、使用中の薬はありますか？(市販薬も含め)

はい ・ いいえ

(薬の名前:)

お薬手帳は、ありますか？ 持っている ・ 持っていない

(使用中の薬がある方で手帳をお持ちの方は受付にご提出ください)

⑩ アレルギーまたは、薬などでアレルギーを起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ

花粉症 アトピー 喘息 食物 薬 () その他 ()

⑪ 女性の方へ 妊娠あるいは授乳中ですか？

していない ・ 妊娠 () ヶ月 ・ 授乳中 ・ 不明

⑫ 小学生以下の方へ

通っていない 保育園 幼稚園

小学校 _____ 年生 (通常級 ・ 支援級) 体重 _____ kg

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します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算◆ マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算1 6点 再診時 加算3 2点(1カ月に1回)
マイナ保険証を利用する場合…初診時 加算2 2点

患者様より知り得た個人情報、医療もしくは患者様への健康に係る情報提供にのみ使用いたします。