

◆ ◆ ◆ 受診される方へ ◆ ◆ ◆

ふりがな _____

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

① 今日はどうなさいましたか？

○症状がある目 : 右眼 左眼 両目 ○症状がでた日、もしくは時期 :

○症状について詳しく記入してください

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 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 ()

⑧ 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、お持ちですか？ 持っている ・ 持っていない ・ 本日持参無し

(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)

⑨ 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 ()

⑩ 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

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

下記項目で変更のある場合御記入ください

〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____

携帯電話番号 _____

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 (3か月に1回に限り算定) 1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。