

ふりがな			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	才
住所	〒	電話	自宅 携帯

(1) 今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。

※ いつ頃から ( ) ( 右目・左目・両目 )

- 痛い                       かゆい                       ゴロゴロする                       腫れている
- 目やに                       充血                       涙が多い                       疲れる
- 見にくい                       かすむ                       二重に見える                       ゆがんで見える
- 黒いものが飛ぶ                       メガネ・コンタクトレンズを作りたい
- 学校健診で視力が低いと言われた                       人間ドックで ( ) と言われた
- 内科主治医に眼科受診を勧められた                       その他 ( )

(2) 今までに眼の病気にかかったことが ( ある【病名:                      】・ない )

(3) コンタクトレンズをご使用の方は、種類を教えてください。

ソフト ( 1 day / 2 week ) ( 品名:                      ) 、 ハード

※ 本日はコンタクトレンズを装用中ですか? ( はい・いいえ )

(4) 現在もしくは過去のご病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください

- ・糖尿病    ・高血圧    ・心臓病    ・胃潰瘍    ・喘息    ・その他 (                      )
- 現在内服中のお薬 (                      )

(5) 食べ物やくすりのアレルギーはありますか? ( あり ( 種類:                      ) ・なし )

(6) たばこを吸っていますか? ( はい ( 1日    本 x    年 ) ・いいえ )

(7) 妊娠している、またはその可能性がありますか ( ある・ない )

「ある」とお答えの方                      現在、妊娠 (                      ヶ月 )

(8) マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? ( はい・いいえ )

\* 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致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ( 初診時 ) 加算 1 4点、加算 2 2点 ( マイナ保険証を利用した場合 )

**【初めてご来院の患者さまへ】**

当院をどのようにしてお知りになりましたか?

- ・お知合い ( ご家族、ご友人 ) からのご紹介 ( 差し支えなければ \_\_\_\_\_ 様 )
- ・ホームページを見て    ・看板を見て    ・その他 (                      )