

【眼科を初めて受診される方へ】

個人情報保護法に基づき、ご提供頂いた情報は診察・健康管理の目的以外に使用することはありません。

(ID:) 記入日 年 月 日

ふりがな		性別	職業
氏名		男・女	
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
現住所 (〒 -) ※アパート、マンション名もご記入ください。			
自宅電話番号	緊急連絡先	氏名	続柄 ()
携帯電話番号		電話番号	
・この1年で『特定健診』又は『高齢者検診』を受診されましたか？(はい・いいえ・わからない) ・他院からの紹介状はお持ちですか？(はい・いいえ) ・本日『マイナ保険証』を利用されますか？ (はい・いいえ) 上記で『はい』の場合、オンライン資格確認・診療情報取得に同意しますか？ (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いたします。			

下記の質問にお答えください(○で囲んで下さい)

①本日はどうなさいましたか？

涙が出る / ゴロゴロする / 痛い / かすむ / 充血する / かゆい
 乾燥する / 目やにが出る / 虫やゴミが飛んでいるように見える
 視力低下 / 眼鏡希望 / コンタクトレンズ希望 / 眼底検査希望
 その他()

②どちらの眼ですか？

右眼 / 左眼 / 両眼

③いつからですか？

()

④現在、眼鏡またはコンタクトレンズを使用していますか？

いいえ / はい (眼鏡・コンタクトレンズ)

⑤現在、他院(眼科)に通院していますか？

いいえ / はい (病院名:)

⑥現在治療中の病気、過去にかかった病気はありますか？妊娠・授乳中ですか？

ない / ある

高血圧・糖尿病(HbA1c: %)・心臓病・脳梗塞・高脂血症・妊娠・授乳中

⑦使用中の薬はありますか？お薬手帳があれば記入不要、ご提出をお願いします。

ない / ある (点眼:) (内服:)

⑧過去に眼の手術は受けていますか？

受けていない / 受けた (手術名:)

⑨薬品アレルギーはありますか？

ない / ある (薬品名:)

⑩暗所・閉所での検査があります。問題はありますか？

ありません / あります()