

診療申込書・問診票・住所(氏名)変更届 ※初めてご来院の方は全ての項目ご記入ください。当てはまる項目には○マルで囲んでください。

氏名	フリガナ: ----- 様	生年月日 年齢	大正 昭和 平成 令和 年 月 日(歳)		
		性別	男・女	職業	
住所	〒 ー	電話番号	自宅	ー	ー
			携帯電話	ー	ー

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。 ◆医療情報・システム基盤設備体制充実(初診時)加算1・4点 加算2(マイナ保険証を利用した場合)・2点

① マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただけますか?..... はい・いいえ

② 本日はどのような症状ですか?またはご受診の目的はいかがですか?

◎ いつ頃から... (前～・時期不明) ◎ どちら側の... (右目 左目 両目・不明)
めやに 涙が出る 充血 赤い まぶたが腫れた 痛い ごろごろする かゆい 物が入った 乾く 疲れる
かすむ ゆがむ 視野が欠ける 浮遊物が見える 二重に見える 光が走る ぶつけた 定期検査
人間ドック・健康診断の指摘※結果は受付にご提出ください。 学校健診・就学前健診の指摘 他院からの紹介状

*** 以下は原則完全予約制となります ***

眼鏡処方希望 コンタクトレンズ処方希望※ 当院にて取り扱いのあるレンズに限ります。処方見送りの場合がございます。
オルソケラトロジーの相談 ICL手術の相談※ 自由診療と保険診療を同日に受ける混合診療は禁止されております。

その他 ※当てはまる症状が上記にない場合こちらにご記入ください。こちらの枠で書ききれない場合、裏面をご利用ください。

③ 眼鏡やコンタクトレンズを使用されていますか?また、コンタクトレンズ使用の方は本日装用されていますか?

◎眼鏡..... はい・いいえ (使用種類 ⇒ 遠く用 運転用 遠近両用 近く用 他: _____)
◎コンタクトレンズ... はい・いいえ (使用種類 ⇒ (ハード 1day 2week カラーレンズ 他: _____)
⇒本日はコンタクトレンズを装用されていますか?... はい・いいえ

④ 本日もご受診の際の運転についてお伺いします。

◎本日はご自身の運転でのご来院ですか?..... はい・いいえ (車・バイク・自転車)
◎本日はこの後運転されるご予定はありますか?..... はい・いいえ

⑤ 女性の方へ 治療が必要な場合、お薬を処方する場合があります。お伺いしております。

◎現在妊娠中または妊娠の可能性はございますか?... はい・いいえ
◎現在授乳中ですか?..... はい・いいえ

⑥ 現在、他の病院へ通院されていますか?..... はい・いいえ

⑦ 現在または過去に治療中の目または全身疾患のご病気はありますか?また、手術を受けたことがありますか?

白内障 緑内障 黄斑変性 眼底出血 その他の目の病気()
糖尿病.....(いつ頃～ 歳頃～、HbA1c %、インスリン使用... あり・なし)
高血圧 心臓病 不整脈 脳梗塞 脳出血 喘息 その他()
◎手術を受けたことがありますか?... はい・いいえ (手術:)

⑧ 現在までお薬・食べ物、その他のアレルギーはありますか?..... はい・いいえ

⇒はいの方わかる範囲でご記入ください。()

⑨ 現在お薬(飲み薬・目薬・塗り薬など)は使用されていますか?..... はい・いいえ

⇒はいの方わかる範囲でご記入ください。()

※「はい」の方でお薬手帳がある方は問診票とともにお薬手帳を受付までご提出ください。

⑩ この1年間で特定健診や高齢者健診の受診をされましたか?..... はい・いいえ