

住所 〒

携帯  
自宅 ( )

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①3点 加算②1点(マイナ保険証利用) (再診時)加算③2点 加算④1点(マイナ保険証利用)

・マイナ保険証で受付の方 診療情報取得に同意しましたか? はい いいえ

・本日受診された症状(理由)を教えてください

充血(赤くなった)	目がかわく	目がかゆい	他院からの紹介状持参
目やにが出る	定期検査	目が腫れた	受診をすすめられた(紹介状なし)
目が痛い	見えにくい	目がかすむ	眼鏡を作りたい
飛蚊症	コンタクトレンズを作りたい(新規作成希望 現在使用中)		

その他 :

・症状はどちらの眼ですか 右 左 両方 ・症状はいつからですか( )

・今までに眼の病気・眼の手術をしたことがありますか

なし

あり ( 歳 :白内障 レーシック ICL 二重まぶた その他: )

・現在、他の医療機関を受診していますか?

なし あり(医療機関名: 最終受診日: )

※ありの方は治療中の病名に○を付けてください

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 コレステロール 前立腺肥大

その他 :

・この1年間で健診を受けましたか?(特定検診もしくは高齢者検診) はい いいえ

・薬や食品のアレルギーはありますか? はい(薬・食品名 症状 ) いいえ

・今日は運転(車・バイク・自転車)で来ましたか? はい いいえ

・メガネを使用していますか? はい いいえ

・コンタクトレンズを使用していますか? はい いいえ

・今日はコンタクトレンズをつけていますか? はい いいえ

・ご家族に眼の病気・手術をした方がいますか?  
 いない いる(病名: 関係: )

・コロナワクチンの接種回数を教えてください ( )回 接種済み

・女性の方へ 現在妊娠中もしくは授乳中ですか? はい いいえ

・以下の証書をお持ちの方は☑の上、ご提示ください

子供医療費受給者証

ひとり親家庭等受給者証

心身障害者受給者証

その他公費受給者証