ふりがな		男・女	生年月日	
氏名			年　月　日	歳
連絡先	自宅　ー　ー		携帯　ー　ー	
住所	〒　-			

スタッフ記入欄

☆

※上記のご住所に眼科からのお知らせを送付しても宜しいでしょうか？ □はい □いいえ

※マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ □はい □いいえ

※この1年以内に特定健診を受診しましたか？ □はい □いいえ

本日はどうなさいましたか？ 【紹介状の持参　あり・なし】

□ **眼の調子が悪い** → いつ頃 ＿＿＿＿ 頃から → □ 右 □ 左 □ 両方 □ わからない

どのような症状ですか？（　　）

□ **メガネ処方希望**

□ **コンタクトレンズ処方希望**　※初めて装用される方は予約が必要です。

コンタクトレンズの経験はありますか？

□ ない

□ ある → コンタクト歴（　　）年 ・ 1日の使用時間（　　）時間で、週に（　　）日間使用

使用している種類は？ →ハード ・ ソフトコンタクト（常用タイプ・1dayタイプ・2wタイプ・1ヶ月タイプ）

メガネはお持ちですか？

□ ない　□ ある → 本日持参（ あり ・ なし ）

アレルギー検査（指先採血・20分でアレルギー8項目が分かります。）　※料金は3割負担で3000円　医療証も使用可

□ 希望しない　□ 希望する　□ 相談したい　□次回希望する

OCT検査（30歳以上の方へ特におすすめします。緑内障や黄斑変性、網膜剥離などの眼の奥の病気の早期発見ができます。）

□ 希望しない　□ 希望する　□ 相談したい　□次回希望する　※追加所要時間5分前後

現在**使用中の目薬**はありますか？

□ ない　□ ある →（　　）

今まで**眼の**病気や怪我で**治療や手術**を受けたことがありますか？

□ ない　□ ある → いつ頃 ＿＿＿＿ 頃 → □ 右 □ 左 □ 両方 □ わからない

□ 視野検査　□ 散瞳眼底検査　□ レーザー治療　□ レーシック　□ その他の検査、手術（　　）

現在指摘されている**全身の病気**（けが等）はありますか？

□ ない　□ ある

□ 高血圧症　血圧の値（　/　）

□ 糖尿病　HbA1c（　　%）

□ アトピー

□ 花粉症（　　）

□ その他（　　）

通院中の病院名（　　）

現在使用中の**内服薬・軟膏等**はありますか？（　　）

□ない　□ある

今まで合わなかったお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

□ない　□ある（　　）

女性の方へ現在**妊娠中**あるいは**授乳中**ですか？

□ していない　□ 妊娠中（　　）ヶ月　□ 授乳中　□ わからない

＊小・中学生の患者様は検査結果や症状・薬の説明等がございますので、親御さんと一緒のご来院をお願いいたします。
＊患者様より知り得た個人情報は、医療もしくは患者様への健康増進に係る情報提供に使わせていただきます。
当院は診療情報の取得・活用することにより、質の高い医療の提供にめています。
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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）　加算1：3点　加算2：1点

自由が丘駅前眼科