

生年月日 Birthday

(ふりがな)

氏名 Name

年 月 日生 ( 歳 )

住所 Address 〒

電話 (自 宅)

(携 帯)

続柄

緊急連絡先

( )

※当院は診療情報を取得・活用することにより、医療の質の向上に努めています。

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ひいたします。

ご記入は簡単で結構です。該当するところに○をつける、もしくはご記入ください。

①マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? した しない 使用していない

②来院理由

めやに 赤い 痛い ゴロゴロする かゆい まぶたの異常 涙がでる 乾く 疲れる  
ぶつけた 何か入った 仕事中の事故 見づらい (かすむ ゆがむ まぶしい 暗い)  
何か飛ぶものが見える 光る 白内障 緑内障 糖尿病 メガネ・コンタクトレンズのこと※1

(※1 ハード・遠近の乱視用・カラーの乱視用コンタクトレンズはお取り扱いがございません。)

その他:

③いつからですか? ( ) から 急に ・ 徐々に

④どちらの目ですか? 右 左 両方

⑤コンタクトレンズを使用していますか? いない いる (装用中・外している・ソフト・ハード)

⑥何かのアレルギーはありますか? ない ある

花粉症 ( 春 ・ 初夏 ・ 秋 ) ぜんそく アトピー性皮膚炎 その他:

⑦この1年に特定健診または高齢者健診を受けましたか? 受けてない 受けた

指摘事項 (①で同意の方は不要):

⑧治療中のからだの病気はありますか? ない ある

糖尿病 高血圧 脂質異常 心臓病 不整脈 ぜんそく 脳疾患 その他:

通院中の病院:

⑨現在飲んでいるお薬は? ない ある

お薬の名前 (①で同意の方は変更がなければ不要):

⑩使用中の目薬はありますか? ない ある ( 病院からの 市販の )

目薬の名前:

⑪体に合わない薬はありますか? ない ある ( )

⑫本日運転する予定がありますか? はい いいえ

※眼底検査を受けられる場合は約半日ほど眩しく、運転ができなくなります。

⑬女性の方へ 妊娠中 ( 妊娠 週 ) 授乳中

⑭こちらの眼科はどのようにしてお知りになりましたか?

近所 通りがかり 知人や家族の紹介 インターネット 電話帳 看板 その他:

裏面の記入に続きます。(該当されない方は記入不要です。)