

(ふりがな)

お名前 _____ 性別 (男性・女性) 年齢 (_____ 歳)

*コンタクトレンズ希望の方は別紙にご記入いただきます。スタッフにお声がけください

1) 今日コンタクトレンズを装着していますか? はい いいえ 未使用

2) どんな症状がありますか? *症状のない方は(ウ)へお進み下さい

(ア) 症状のある眼は 右眼 左眼 両眼 です

(イ) 下記症状は 今日 ・ _____ 日前 ・ 約 _____ ヶ月前 ・ 約 _____ 年前 から

目が赤くなった(充血している) 目やにがでる 涙が出る 目が痛いかゆい ごろごろする ゴミが入った 目をぶつけた 目が乾くまぶたが腫れ・できもの 黒いものが見える 光が見えるかすむ・見えにくい まぶしい 2重に見える(両目で・片目で)眼鏡作成またはコンタクトレンズ作成希望(処方後日予約となります) 説明済 (ウ) 定期受診 健診の再検査 糖尿病の眼科健診他院からの紹介(医療機関名: _____) 手術希望

その他 具体的に記入してください

3) 指定難病の治療を受けていますか? はい(病名: _____) いいえ4) メガネ・コンタクトレンズを使用したことがありますか? ある ない⇒当院でコンタクトレンズの処方を受けたことが ある ないある とお答えになった方は 現在も 使用中 ・ 中断(_____ ヶ月前 ・ _____ 年前から)5) 今まで(あるいは現在)眼科を受診、通院したことがありますか? ないある⇒(約 _____ 年前から) 医療機関名: _____ ・ 当院

病名または症状(_____)

6) 眼科手術歴(レーザー治療・注射を含む) ないある⇒約 _____ 年前(病名または手術名: _____)

*下記7)・8)・9)について、ありの方は裏面に詳細をご記入お願いします(わかる範囲で)

7) 現在、眼科以外で治療中の病気はありますか? ある ない8) 現在、使用中のお薬はありますか? ある ない9) お薬や食べ物のアレルギーはありますか? ある ない10) お薬手帳を持参 している ・ していない ・ 持っていない

※本日お忘れの方は、次回お持ちいただくようお願いいたします

11) 本日はどなたかと一緒に来院されていますか?

一人で 家族と(続柄: _____) その他(ご関係: _____)

※一緒にお越しになった方の氏名のご記入をお願いいたします 氏名 _____

裏面のご記入もお願いいたします

担当 (_____)

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（マイナンバーカード）の利用にご協力をお願いいたします。

- ◆当院では、医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）を算定しております。
加算1として4点 ※マイナ保険証を利用した場合は加算2として2点

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

○現在、眼科以外で治療中の病気があるとお答えになった患者様はご記入をお願いいたします

病名・医療機関名・最終受診日・お薬使用の有無をご記入ください

例) *月*日、○○病、△△病院、薬あり

○これまでに入院や手術を要する病気等にかかったことはありますか？ はい いいえ

病名・時期・医療機関名・治療内容（入院、手術など）をご記入ください

○この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか？ はい いいえ
（マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については記入不要です）

受診時期、結果等指摘事項をご記入ください

- ・受診時期： 年 月ごろ
- ・結果等指導事項：

○これまでに、お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがある、とお答えになった患者様は、原因となったもの、症状等をご記入ください

○（女性の患者様にお聞きします）現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい いいえ

○今後、当院では電子処方箋の導入を予定しております。

導入された際、電子処方箋の利用を希望しますか？ 希望する 希望しない（紙処方箋でよい）

（処方箋をデータ化し、調剤薬局に送信することにより、お薬の飲み合わせ等の確認を正確に行える、疾患や検査値、副作用やアレルギー情報の連携も行えるため、安全性の向上が期待されます）

ご協力ありがとうございました