

*必ずふりがなをお書きください。

(ふりがな)

お名前

男・女

生年月日

昭和・平成・令和

年

月

日 (

歳)

ご住所 〒

-

電話番号

携帯電話

1. このたびは、どういうことで来院されましたか？

- ・物が見えにくい
- ・まぶたが腫れている
- ・涙が出る
- ・何かが飛んでいるように見える
- ・禁煙治療
- ・目が痛い
- ・目が赤い
- ・目の健診
- ・その他()
- ・目がかゆい
- ・目が乾く
- ・メガネを作りたい(遠く用・近く用・遠近)
- ・コンタクトレンズを作りたい
- ・目がはずい
- ・めやにが出る

2. 上の症状はいつからありますか？ また、どちらの目ですか？

《いつから: 》 (右目・左目・両目)

3. 今までに目の病気をされたことはありますか？ ・はい ・いいえ

(いつ:)(病名:)

4. 今までにかかった病気はありますか？(全身で) ・はい ・いいえ

高血圧症 糖尿病 高脂血症 心臓疾患 肝臓疾患(肝炎等) 前立腺疾患
脳梗塞 脳腫瘍 アトピー ぜんそく 結核 麻酔のショック
アレルギー・じん麻疹(薬・食物・花粉・その他_____)

5. 現在お薬は飲んでいますか？ ・はい ・いいえ

(マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬を教えてください)
お薬の名前:(手帳、説明書があればお出し下さい)

6. 以前に治療をした病気、手術などがある方にお尋ねします。

いつ: 病名: 病院名:

7. 上記以外で医師に伝えておきたい事柄はありますか？ (例:片眼が全く見えない等)

8. 生活状況について

忙しい・ストレスあり・パソコン作業が長い・たばこを吸っている・妊娠中・授乳中

9. 当院を何で知りましたか？

家族が通院中・知人の紹介・他院の紹介・グーグル検索・ホームページ

※当院では、通院が困難な方へ送迎の無料サービスを行っております。ご希望の方は受付までお申し出ください。

裏面のご記入もお願いいたします

10. 当院では、眼などの健康をサポートするサプリメントを取り扱っていますが、興味はございますか？

- ・ 説明を聞いてみたい
- ・ パンフレットだけ欲しい
- ・ 興味がない

○ 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

○ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

- ・ はい(ご提出ください)
- ・ いいえ

○ この1年間で特定健診又は高齢者検診を受けましたか？

- ・ はい
- ・ いいえ

【 マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です 】

(受診時期:) (指摘事項:)

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 : 6点、加算2 : 2点(マイナ保険証を利用した場合)

～ コンタクトレンズご希望の方は下記もご記入をお願いします ～

コンタクトレンズは目に直接つけるものですので、使用方法を守らなかったり、ケアを怠ったりすると、失明する恐れもあります。レンズにあった使用方法、ケアをしっかりとしましょう。
(中学生未満の方にはお勧めしません)

1. 本日ご希望のレンズの種類は？

ハードレンズ ソフトレンズ 使い捨て(1日使い捨て 2週間交換)

2. 使う頻度と目的は？

ほぼ毎日 週2～3日 たまに

日常生活 スポーツ時のみ 部活動 その他

3. コンタクトレンズを使用したことがありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ

「はい」の方へ

3-1. レンズの種類は何ですか？ ハードレンズ ソフトレンズ 使い捨て

メーカー
度数 右) 左)

[1日使い捨て
2週間交換

3-2. 装用期間は守っていますか？ はい いいえ

3-3. ケアはきちんとされていますか？ はい いいえ

3-4. 定期検査は受けていましたか？ はい いいえ

3-5. コンタクトをはじめて何年ですか？ 年

4. 眼鏡はお持ちですか？

- はい
- いいえ

※ いいえの方

コンタクトレンズの紛失時または装用中止時に必要になる為、先に眼鏡を作る必要があります。