

氏名 _____
住所（〒 — ） _____

連絡先(自宅・携帯) _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。 はい いいえ
2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか。 はい いいえ
3. 本日受診した症状について。
いつから() どちらの目(右 左 両)
どんな症状())
4. これまでにかかった病気について。
眼科() その他の科()
5. 現在、通院中の病気はありますか。
はい(高血圧、糖尿病、心臓病、その他) いいえ
6. 現在処方されているお薬はありますか。(※)
はい(薬剤名) いいえ
7. この1年間で「特定健診」もしくは「高齢者健診」を受診しましたか。(※)
はい(受診時期 指摘要綱) いいえ
8. アレルギーがでたことはありますか。
はい (薬 花粉症 その他) いいえ
9. めがね、コンタクトを利用していますか。
はい(めがね コンタクト:) いいえ
10. タバコは吸いますか。
はい(本/日 年) いいえ
11. 定期的に行っている運動はありますか。
はい(回/週 内容) いいえ
12. 当院はどこで知りましたか。
家人 ・ 友人知人 ・ ネット ・ 通りがかり ・ その他 ()
13. 当院への来院方法を教えてください。
車 (自分で・送り迎え) ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他 ()
14. どのような検査をお望みですか。
医師に一任する ・ 主訴に応じた検査のみにしてほしい ・ 緑内障のチェックを希望
15. 女性の方にお聞きします。現在妊娠中、または授乳されていますか。
妊娠中 (はい いいえ) 授乳中 (はい いいえ)
16. ジェネリック（後発医薬品）の処方を希望されますか。
積極的に処方希望 ・ 医師に一任する ・ 希望しない

その他医師に伝えたいことがあればお書き下さい。

(※) マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は省略可能です。
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務めています。
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。