日

(ふりがな)

*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? * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	お名前	性別(男性・女性	生) 年齢	命(歳)
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 ・	* 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	ッフにお声がけ	ください
□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(処方は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: □ □はい(病名: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	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	ヽえ □未使用	
□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(処方は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:	□目が赤くなった(充血している) □	目やにがでる □源	戻が出る □	目が痛い
□他院からの紹介(医療機関名:	□かすむ・見えにくい □まぶしい □眼鏡作成またはコンタクトレンズ作成希	□2 重に見える (両 望 (処方は後日予約と	i目で ・片目	
3) 指定難病の治療を受けていますか? □はい(病名:) 口手	術希望
4) 身体障害者手帳はお持ちですか? □はい (等級:級 部位:) □いいえ 5) 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) 6) 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 () 7) 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8)・9)・10) 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) 8) 現在、眼科以外で治療中の病気はありますか? □ある □ない 9) 現在、使用中のお薬はありますか? □ある □ない 10) お薬や食べ物のアレルギーはありますか? □ある □ない 11) 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 12) 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				
5) 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) 6) 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 (
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) 6) 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 (5) メガネ・コンタクトレンズを使用したこと	 ヒがありますか? □	ある 口ない	
□ある⇒ (約年前から) 医療機関名:				年前から)
病名または症状 (
□ある⇒約年前(病名または手術名:	病名または症状(
8) 現在、眼科以外で治療中の病気はありますか? □ある □ない 9) 現在、使用中のお薬はありますか? □ある □ない 10) お薬や食べ物のアレルギーはありますか? □ある □ない 11) 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 12) 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)
 9) 現在、使用中のお薬はありますか? □ある □ない 10) お薬や食べ物のアレルギーはありますか? □ある □ない 11) 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 12) 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 	*下記8)・9)・10) について、ありの方は弱	夏面に詳細をご記入お	願いします(オ	わかる範囲で)
10) お薬や食べ物のアレルギーはありますか? □ある □ない 11) 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 12) 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			ſ,	
※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 12) 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				
□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 <u>氏名</u>			_	
	12) 本日はどなたかと一緒に来院されていま □一人で □家族と(続柄:	すか?) □その他(ご阝	· 具係:	_

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