

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号	() -		

★本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけて下さい。

- 見えにくい 物がゆがんで見える 視野が欠ける 眼が赤い・充血
 眼が痛い（眼球） 眼が痛い（まぶた） まぶたの腫れ 眼がかゆい
 めやに 眼が疲れる 眼が乾く 涙が出る 物が飛んで見える
 人間ドックで異常を指摘された 眼に異物が入った
 眼鏡を作る コンタクトを作る（1day・2week・ハード）
 その他（ ）

★どちらの目ですか？ 両 右 左

★症状はいつ頃からですか？（ ）

★薬や食べ物のアレルギーはありますか？ 無 有
（ ）

★治療歴 高血圧 糖尿病 心疾患 喘息
 その他（ ）

★本日、マイナ保険証を利用されましたか？ はい いいえ

はいの方→ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい いいえ

★この一年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けられましたか？ はい いいえ

★今日はどのような交通手段で来院されましたか？

- 徒歩 自転車 バイク 自動車 バス 電車

★当院をどちらでお知りになりましたか？

- 紹介（ ） インターネットホームページ バスの車内広告放送
 通りすがり 駅広告 iタウンページ その他（ ）

当院では診療情報を取得・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。