

フリガナ	生年月日	勤務先名
お名前	T・S・H・R 年 月 日	
ご自宅 〒 —		
自宅〈TEL〉	携帯番号〈TEL〉	

① マイナ保険証による診療情報取得に同意頂けますか？

はい ・ いいえ

※マイナンバーカードを用いて、診療/薬剤情報や特定検診等情報を取得いたします。

②当院を受診された理由についておたずねします。

◆症状はいつ頃からですか？ _____

◆ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

- ・ 見にくい (遠く・近く) ・ 痛い ・ 痒い ・ はれている ・ 赤い ・ 目やに
- ・ 涙がでる ・ ゴロゴロする ・ 乾く ・ 疲れる ・ 頭痛 ・ 黒いものが飛んで見える
- ・ メガネ、コンタクトを作りたい ・ (白内障 緑内障 高眼圧 糖尿病) の検査希望
- ・ 健康診断で眼科受診を指示された ・ 白内障手術希望

◆その他の症状や来院の目的、ご希望などをご記入下さい。

③ メガネ、コンタクトレンズはご使用ですか？

いいえ はい：メガネ

コンタクトレンズ ハード ・ ソフト (1day・2week・その他)

④今まで（現在）眼の病気をしたことがありますか？

ない ある：どんな病気 _____ いつ頃 _____

⑤今まで（現在）眼以外の病気にかかったことはありますか？

ない ある：高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、リウマチ、脳疾患
アレルギー疾患、その他

⑥現在、服用されておられるお薬はありますか？

ない ある： 薬剤名：

⑦飲み薬、注射等、食べ物によるアレルギーはありますか？

ない ある：

⑧女性の方にうかがいます。現在妊娠されていますか？またはその可能性がありますか？

いいえ はい： 妊娠 ヶ月

⑨当院はどちらでお知りになりましたか？

- ・ インターネット ・ 通りがかり ・ 会社の近く
- ・ 知り合いの方からのご紹介 (お名前： _____)