

ふりがな

お名前

携帯電話

住所

連絡先（自宅）

① 本日はどのような症状で来院されましたか？

視力低下・眼鏡 コンタクト希望・かすむ・赤い・目やに・ごろごろ・かゆい

痛い・腫れ・涙がでる 黒いものが飛ぶ・濁く・疲れる

その他（ ）

コンタクトレンズ希望の方  
使用経験（あり・なし）

② どちらの眼に（ 右 ・ 左 ・ 両目 ）

③ いつ頃からですか？（ ）

④ いままで眼科を受診したことがありますか？

いいえ ・ はい（どのような症状で… ）

⑤ 血のつながりのある方で緑内障の方はいますか？

いいえ ・ はい（ ）

⑥ 目の手術またはレーザー治療を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい（ ）

⑦ 眼科以外で現在かかっている病院はありますか？

いいえ ・ はい（ ）

⑧ アレルギーはありますか？（花粉症・鼻炎・アトピー・目薬・飲み薬・注射など）

いいえ ・ はい（ ）

⑨ 本日はご自身の運転で来院されましたか？（本日中に車の運転の予定はありますか？）

はい ・ いいえ

⑩（女性の方）現在妊娠中ですか？ はい ・ いいえ

■マイナ保険証をお持ちですか？（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）

いいえ・はい（ → 本日、診療情報取得に同意されましたか？ はい・いいえ ）

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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よろしくお願い致します。