

＊必ずふりがなをお書きください

(ふりがな) お名前		男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 (歳)
ご住所	〒 -		
電話番号	携帯電話		

1. 本日は、どうなさいましたか？（当てはまる項目に○を付けてください）
・物が見えにくい（遠くが見えにくい・近くが見えにくい）
・目が痛い ・目がかゆい ・目がいずい（ごろごろする） ・めやにが出る
・まぶたが腫れている ・目が赤い ・目が乾く ・涙が出る
・何かが飛んでいるように見える ・目の健診 ・禁煙治療
・メガネを作りたい（遠く用・近く用・遠近） ・コンタクトレンズを作りたい
・その他（)

2. 上の症状はいつからありますか？ また、どちらの目ですか？
《いつから： 》 （右目・左目・両目）

3. 今までに目の病気をされたことはありますか？ はい ・ いいえ
（いつ： ）（病名： ）

4. 今までにかかった病気はありますか？（全身で） はい ・ いいえ
高血圧症 糖尿病 高脂血症 心臓疾患 肝臓疾患（肝炎等） 前立腺疾患
脳梗塞 脳腫瘍 アトピー ぜんそく 結核 麻酔のショック
アレルギー・じん麻疹（薬・食物・花粉・その他)

5. 現在お薬は飲んでいますか？ はい ・ いいえ
お薬の名前：（お薬手帳、説明書があればお出しください）

6. 以前に治療をした病気、手術などがある方にお尋ねします。
いつ： 病名： 病院名：

7. 上記以外で医師に伝えておきたい事柄はありますか？（例：片眼が全く見えない等）

8. 生活状況について（当てはまるものに○）
忙しい・ストレスあり・パソコン作業が長い・たばこを吸っている・妊娠中・授乳中

9. 当院を何で知りましたか？
家族が通院中・知人の紹介・他院の紹介・グーグル検索・ホームページ

※当院では、通院が困難な方へ送迎の無料サービスを行っております。ご希望の方は受付までお申し出ください。

10. 当院では、眼などの健康をサポートするサプリメントを取り扱っていますが、興味はございますか？

・説明を聞いてみたい ・パンフレットだけ欲しい ・興味がない

○ マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

○ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい（ご提出ください） ・ いいえ

○ この1年間で特定健診又は高齢者検診を受けましたか？ はい ・ いいえ

【マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です】

（受診時期： ）（指摘事項： ）

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

（初診時）加算1：6点、 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

～ コンタクトレンズご希望の方は下記もご記入をお願いします ～

コンタクトレンズは目に直接つけるものですので、使用方法を守らなかったり、ケアを怠ったりすると、失明する恐れもあります。レンズにあった使用方法、ケアをしっかりとしましょう。
（中学生未満の方にはお勧めしません）

1. 本日まで希望のレンズの種類は？

ハードレンズ ソフトレンズ 使い捨て（1日使い捨て・2週間交換）

2. 使う頻度と目的は？

ほぼ毎日 週2～3日 たまに

日常生活 スポーツ時のみ 部活動 その他

3. コンタクトレンズを使用したことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方へ ↓

3-1. レンズの種類は何ですか？ ハードレンズ ソフトレンズ 使い捨て（1日・2週間）

メーカー： 度数 右） 左）

3-2. 装用期間は守っていますか？ はい ・ いいえ

3-3. ケアはきちんとされていますか？ はい ・ いいえ

3-4. 定期検査は受けていましたか？ はい ・ いいえ

3-5. コンタクトをはじめて何年ですか？ 年

4. 眼鏡はお持ちですか？ はい ・ いいえ

※「いいえ」の方へ

コンタクトレンズの紛失時または装用中止時に必要になるため、先に眼鏡を作る必要があります。