

受 診 表

ふりがな				男・女	ご職業	
お名前						
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒 -					
連絡先	TEL:	□本人 □家族 (続柄: 氏名)				
緊急連絡先	TEL:	□夫 □妻 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □子 □その他()				

下記の該当する項目に☑チェックをお願い致します。

*いつから どのような症状がありますか？	
・どちらの眼ですか	□右眼 □左眼 □両目
・症状はいつごろからですか？	()
・どのような症状がありますか？	()
*コンタクトレンズを作りたい □初めて □使用したことがある	
*メガネを作りたい □日常生活用 □老眼鏡 □運転用	
*今、眼にコンタクトレンズが入っていますか？ □いいえ	
□はい [□ハード □ソフト]	
*今までに眼の手術を受けたことがありますか？ □ない	
□ある □白内障 □緑内障 □レーザー □斜視 □その他()	
*眼科で現在使用している内服・点眼薬があれば教えてください □ない	
□ある()	
*マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ □はい □いいえ	
*現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？ □ない	
□ある [□糖尿病 □高血圧 □心疾患 □喘息 □腎疾患 □甲状腺]	
その他()	
*また、処方されている薬はありますか？ □ない	
□ある()	
*この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？	
□ある □ない	
*アレルギーがありますか？ □ない	
□ある □薬剤 () □食物 ()	
□花粉 □アトピー □喘息 □その他()	
□海藻 □ヨード剤 □じゃがいも	
*女性の方に、現在妊娠していますか？ □いいえ □はい ・授乳中ですか？ □いいえ □はい	

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。