

- 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

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 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

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい（受診時期：_____年_____月 指摘事項：_____）

いいえ

- ◆ 今日は、どうされましたか？（右・左・両方）

視力低下 かすむ 痛い かゆい 目やに 充血(目が赤い)

黒いものが見える(飛蚊症) 糖尿病の眼底検査 まぶたが腫れる

めがねを合わせたい 健康診断で異常と指摘された

その他(_____)

- ◆ 上記の症状は、いつ頃からですか？（_____）

- ◆ レーシック(近視・遠視矯正術)を受けたことがありますか？ はい・いいえ

- ◆ 今までに目の病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ

白内障 緑内障 糖尿病性網膜症 結膜炎 その他(_____)

- ◆ 目以外の病気はありますか？ はい・いいえ

糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 その他(_____)

- ◆ 現在飲んでいる薬はありますか？ はい(当院 他院)・いいえ

内容(_____)

- ◆ 今までに手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ

いつ頃(_____) 病名(_____) 病院名(_____)

いつ頃(_____) 病名(_____) 病院名(_____)

◆ アレルギーはありますか？(薬・注射・食べ物(果物含む)・ゴム製品など)

はい() ・ いいえ

◆ 女性の方のみご記入ください。

現在妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

現在授乳中 はい;産後 年 ヶ月 いいえ

ピル・女性ホルモンを服用されてますか？ はい:内容() いいえ

◆ 本日の交通手段は、どれですか？

(徒歩 ・ バス ・ 自転車 ・ バイク ・ 自分で運転の車 ・ 家族・知人の送迎)

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致します。

◆医療情報取得加算(初診時) 1点

(再診時) 1点(3月に1回に限り算定)