

- 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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)