

長濱眼科

年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 (T ・ S ・ H ・ R) 年
〒 - 住所	
電話番号 (- -)	

<症状> 該当にチェック☑をお願いします

いつごろ () に (右 ・ 左 ・ 両方) 眼が、
いたい・かゆい めやにが出る 疲れ目 頭痛 再検査 (人間ドック)
赤い まぶたがはれた ゴミがはいった 涙がでる まぶ
光がとぶ 虫がとぶ 乾燥する その他 (

学校からの視力検査 見づらい (遠く ・ 近く ・ 両方) 定期検査
→学校の席前から 番目 (不便あり 不便なし)
メガネ処方 (持参メガネ 年前作成) マイオピン オルソ適応検査 赤外線
コンタクト処方 (メガネ一番さんでの購入のみ) **コンタクト使用経験者①~④すべて記**
今コンタクト装用中ですか? はい いいえ ※次回は外して来院をお願いします

①コンタクト (初使用 ・ 使用中) (ソフト ・ ハード) ②装用年数 () 年 ③使用
④コンタクト使う頻度 → (毎日 週 () 回 月 () 回) その他 (

①大きな病気はありますか → いいえ ・ はい
(高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 網膜症 黄斑変性 ドルーゼン 網膜剥離)
(コレステロール 甲状腺 癌治療中 () バセドウ病)
その他 () ※糖尿病の方は数値記入 → HbA1c

②眼の手術歴はありますか → いいえ ・ はい
(白内障 緑内障 ICL 網膜レーザー) () 年前に (右 ・ 左 ・ 両方)

③お薬 ・ 食べ物アレルギーはありますか
いいえ ・ はい → (薬名) /食物

④現在、服用中のお薬はありますか お薬手帳持参の場合記入は「はい」に
いいえ ・ はい → (薬名)

長濱眼科

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（4点）加算2（2点）（マイナ保険証利用した場合）