

# 長濱眼科

年 月 日

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

<症状> 該当にチェック☑をおねがいします

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 ゴミがはいつた 涙がでる まぶしい

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 赤外線治療

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すべて記入**

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使用時間( )h**

**④コンタクト使う頻度→( 毎日 週( )回 月( )回 ) その他( 年ぶりに使用したい)**

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 )  
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 )眼

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○のみ  
いいえ · はい→( 薬名 )

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)