

記入日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな  
氏名\_\_\_\_\_ 年齢\_\_\_\_\_ 歳 男・女

1. 診療情報の取得に関して、必ずご記入ください

- ・ 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またはオンライン資格確認にご協力をお願いいたします。

情報取得に 同意する・同意しない

## 2. 今日は、どのようなことで来られましたか

見えにくい ・ 充血 ・ めやに ・ 涙が出る ・ 眼が痛い  
 ものが飛んで見える ・ メガネ希望（遠用・近用） ・ 眼底紹介  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. どちらの目ですか 右目 ・ 左目 ・ 両眼

## 4. いつ頃からですか（ \_\_\_\_\_ ）前から

5. 今までに、大きな病気をされたことがありますか はい ・ いいえ

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 脳梗塞  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

6. 現在、他の科のお薬を飲まれていますか はい ・ いいえ

どのようなお薬ですか（ \_\_\_\_\_ ）

7. お薬でアレルギーが出たことはありますか はい ・ いいえ

どのようなお薬ですか（ \_\_\_\_\_ ）

ありがとうございました。