

# 診療申込書

ご記入いただきました情報は、個人情報保護法に基づき当院が責任を持って保管いたします

欄は  をお願いします

フリガナ ご氏名		男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	才
ご自宅住所 (マンション名)	〒	
電話番号	☎ ( ) -	
ご勤務先	名称 ☎ ( ) -	
ご来院の きっかけ	<input type="checkbox"/> ご家族・ご友人のご紹介 ( ) 様 ) <input type="checkbox"/> 医療機関からのご紹介 ( ) <input type="checkbox"/> 近隣にお住まい・お勤め <input type="checkbox"/> インターネット検索・ホームページ <input type="checkbox"/> 会社医務室からのご紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

2023年 月 日 No. \_\_\_\_\_

## ●本日の症状について

いつ頃からですか？ (本日・ 日前・ 週間前・ ヶ月前・ 年前)

どちらの目ですか？ (右目・左目・両目)

どのような症状ですか？ ( )

## ●目の手術・レーザー歴はございますか？ (レーシックなどの屈折矯正手術も含む)

はい → どのような手術ですか？ ( )  
 いいえ

## ●普段コンタクトレンズの使用はございますか？ はい いいえ

## ●現在服用またはご使用中のお薬はございますか？

はい →  本日お薬手帳をご持参 → 受付へお預けください  
 いいえ →  本日お薬手帳なし → 下記ご記入ください

お薬名： ( )

内科  脳外科  整形外科  耳鼻科  皮膚科  泌尿器科  
 心療内科(精神科)  小児科  婦人科  歯科  その他 ( )

## ●お薬で気分が悪くなったことや、しっしんが出たことがありますか？

はい お薬名： ( )  いいえ

## ◎女性の方のみお答えください。

現在妊娠中または妊娠の可能性ある  現在授乳中  なし

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(保険証利用)4点 加算2(マイナ保険証利用)2点