

診察申込書

年 月 日

ふりがな		男・女	ご職業			
お名前						
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒 ー					
第1連絡先	Tel: _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄: _____ 氏名: _____)					
第2連絡先	Tel: _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄: _____ 氏名: _____)					
緊急連絡先	Tel: _____ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()					
紹介状(情報提供書)をお持ちですか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					

下記の該当する項目に チェックをお願い致します。

* いつから どのような症状がありますか？ ・どちらの眼ですか <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼 ・症状はいつごろからですか (_____ 日前から・ _____ ヶ月前から・ _____ 年前から) ・どのような症状がありますか？ (_____) ・眼科で現在使用している内服、点眼薬があれば教えてください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____)
* 今までに眼の手術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> レーザー <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> その他 (_____)]
* 眼科以外の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧・脂質異常 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> その他 (_____)]
* アレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [薬剤 (_____) 食物 (_____) アトピー 花粉・喘息・その他 (_____)]
* コンタクトレンズを使用していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ハード・ソフト・使い捨て)
* 女性の方に ・現在妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
* 個人情報に関するお願い 当院では、患者さまの安全を守ること、医療事故を防止することを目的に、患者さまをお名前でお呼び出しいたします。この件につきましてご了承をいただきたく、お願い申し上げます。 <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない

この用紙のご記入をもって、院内掲示されている診療に伴う同意について理解した上で、当院での診察、投薬、各種検査等に同意されたものとさせていただきます。特別に同意書の提出が必要な検査・処置・手術に対しては原則、書面にて説明を行い同意をいただいた上で治療、診療させていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。

*マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい いいえ

*現在、他の医療機関で処方されている薬がありますか？

ない

ある(薬剤名: 用量: 投薬期間:)

*これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

ない

ある

(病名: 時期:)
(医療機関名: 治療内容:)

*この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？

ない

ある(受診時期: 指摘事項:)

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。