

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。

<p>* いつから どのような症状がありますか？</p> <p>・どちらの眼ですか <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼</p> <p>・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)</p> <p>・どのような症状がありますか？ (_____)</p>	
<p>・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</p> <p><input type="checkbox"/> ある (_____)</p>	
<p>* 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</p> <p><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 (_____)]</p>	
<p>* 眼科以外の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)]</p>	
<p>* アレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある [薬剤 (_____) 食物 (_____) アトピー 花粉・喘息・その他 (_____)]</p>	
<p>* コンタクトレンズを使用していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ハード・ソフト・使い捨て)</p>	
<p>* 女性の方に</p> <p>・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</p>	
<p>* 個人情報に関するお願い</p> <p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない</p>	

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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算

■初診時 加算1 → 6点（通常の保険証の場合）

加算2 → 2点（マイナ保険証を利用した場合）

■再診時 加算3 → 2点（通常の保険証の場合）