診 療 申 込 書

ふりがな		男・女	職業	
氏名				
生年月日	年　　月　　日		年齢	歳
現住所	〒			
TEL	自宅　　（　　）　　／ 携帯　　（　　）			
紹介者				

※　紹介状（診療情報提供書）をお持ちですか？　　☐ ある　／　☐ なし

※　症状　今日はどうなさいましたか？

（お怪我の方、いつ発生しましたか？（ 仕事中 ・ 通勤中 ・ その他（　　））

※　眼科で現在使用している内服や点眼等はありますか？

☐ なし　／　☐ ある（　　）

※　今までに眼の手術を受けたことがありますか？

☐ なし／☐ ある（☐ 白内障 ☐ 緑内障 ☐ レーザー ☐ 斜視 ☐ その他（　　））

※　全身状態についてお聞きします

☐ なし　／　☐ ある（☐ 喘息 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 胃潰瘍 ）

（☐ 肝炎（ B・C ）☐ その他（　　））

※　アレルギーはありますか？

☐ なし ／ ☐ ある（ 薬剤 ：　　食品 ：　　その他 ：

※　コンタクトレンズを装着してますか？

☐ はい（☐ ハード ☐ ソフト ☐ カラー ）→ **本日装用していますか？** ☐ はい／☐ いいえ

☐ いいえ

【 裏 面 へ 】

※　今までに大きな病気にかかったことはありますか？

☐ はい　病名 ：　　時期 ：

医療機関名 ：　　治療内容 ：

☐ いいえ

※　現在、他の医療機関に通院していますか？

☐ はい　医療機関名 ：　　受診日 ：

治療内容 ；

☐ いいえ

※　現在、服用中のお薬はありますか？

☐ なし / ☐ ある　薬剤名:　　用量:　　投与期間:

※　女性の方へ

現在妊娠中ですか？　（ ☐ はい(　　週) / ☐ いいえ ）

授乳中ですか？　（ ☐ はい　/　☐ いいえ ）

※　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 ）

※　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？

☐ はい　受診時期 ：　　指摘事項 ：

☐ いいえ

※当院では研究機関として積極的な学会活動を行っており、患者さんの医療記録を研究データとして使用する場合があります。それにより個人が特定されたり、患者さんに不利益になることはありません。

医療記録の使用について、（ ☐ 同意します　・　☐ 同意しません　）

当院は、皆様の診療情報の取得・活用により、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報の取得・活用のため、マイナ保険証をご利用ください。

電子的診療情報連携体制整備加算	
初診時	4点
再診時	2点

2026.11