

氏名 殿

当てはまる項目の□に✓を入れてください。

1. 本日はどうしましたか？（来院の理由）

右目 左目 両目

白内障手術について 視力が落ちた、見えなくなった 黒いものが飛ぶ

痛い 赤くなった 充血 めやに かゆい 腫れた

その他（ ）

・その症状はいつから？ （ ）日前～ （ ）ヶ月前～ （ ）年前～

・現在、他の眼科に通院していますか？ はい いいえ

医療機関名 受診日 年 月 日 頃

診断名 治療内容

2. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

3. 本日はいずれかを持参されましたか？ 健康保険証 マイナ保険証(マイナンバーカードの保険証)

4. マイナ保険証での受診の方にお伺いします

服薬歴、健診歴など診療情報を当院が取得されることに同意しますか？ 同意する 同意しない

5. 現在、処方されている薬はありますか？

(マイナ保険証による情報収集に同意した方については記載不要です)

服用・点眼している(薬剤名) なし

6. これまでに薬や食品でアレルギーを発症したことはありますか？

ある (原因 症状) ない

7. 今までに病気にかかったことはありますか？ ある ない

高血圧 糖尿病(血糖値) (ヘモグロビン A1C %) 脳梗塞 心臓病

肝臓病 喘息 アトピー性皮膚炎

その他病名 時期 年 月 日 頃

医療機関名 治療内容

8. この1年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けましたか？

(マイナ保険証による情報収集に同意した方については記載不要です)

受けた(時期 年 月 日 頃) 受けていない

9. 女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい(妊娠 カ月・授乳中) いいえ

10. 12歳以下のお子さんについて 体重 kg

11. その他

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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

《医療情報取得加算》

	マイナ保険証を利用しない場合	マイナ保険証を利用する場合
初診時(月1回)	加算1:3点	加算2:1点
再診時(3か月に1回)	加算3:2点	加算4:1点