

はじめての方へ

フリガナ

生年月日

お名前

大・昭・平・令 年 月 日(才)

ご住所 〒

お電話

携帯番号

① 本日はどうなさいましたか？

(右眼・左眼・両眼)がいつ頃(

)から

例：めやにが出る。コンタクト作成。

② 薬でアレルギーがございますか？又、過去に大きな眼の病気にかかりましたか？

なし

あり (薬の名前_____ 病名_____)

③ 現在、内科におかかりですか？

なし

あり (糖尿病 高血圧 心臓病 その他_____)

④ 本日はここまで何でお越しですか？

徒歩・自転車・車・バイク・電車・バス

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お願い致します。

医療情報取得加算（初診時）加算 1点

医療情報取得加算（再診時）加算 1点 ※3か月に1回のみ算定