

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