

診療申込票

眼科

お名前	ふりがな	大・昭 年 月 日 生まれ 平・令 満 () 才	男・女		
ご住所	〒 -				
連絡先	携帯電話 -	緊急連絡先 (ご家族・ご自宅・お勤め先) - -			
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか?		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
本日はどうなさいましたか? 該当する項目の□にチェック✓をつけて下さい。		<input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> 目がかゆい <input type="checkbox"/> 逆まつげ <input type="checkbox"/> 目の奥が痛い・重い <input type="checkbox"/> 見え方がおかしい (かすむ・ゆがむ・暗い) <input type="checkbox"/> 黒い影や糸くずのようなものが見える <input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望 <input type="checkbox"/> 健診希望		<input type="checkbox"/> めやにが出る <input type="checkbox"/> コロコロする <input type="checkbox"/> 目が乾燥する <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> まぶたが下がってきた <input type="checkbox"/> まぶたが腫れている <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 打撲した <input type="checkbox"/> 光が走る <input type="checkbox"/> コンタクト処方希望 (初めて・過去に使用) <input type="checkbox"/> その他 ()	
どちらの目ですか?		<input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	
いつ頃からですか?		() 頃から			
普段眼鏡を使用していますか?		<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している → () 頃作成 (遠く用・手元用・遠近両用・パソコン用)			
普段コンタクトレンズを使用していますか?		<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している → (ソフト・ハード) レンズ名 () 度数 (右/左/)			
目の病気をしたことは?		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病名:)		いつ頃: ()
病気や手術をしたことがありますか?		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 (手術名:) いつ頃: ()			
服用中のお薬は? (マイナンバー保険証による情報提供に同意された方は省略)		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)		
薬でアレルギーが出たことは? (女性の方へ) 現在、妊娠・授乳は?		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)		
		<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 妊娠中・授乳中	<input type="checkbox"/> 可能性がある	

当院をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> ご紹介 (さん) <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------	--

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？

※マイナンバー保険証による情報提供に同意された方は省略）

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (受診時期 : 指導内容 :)
------------------------------	---

「医療情報取得加算」について

当院では、「医療情報取得加算」を算定しています。保険医療機関において、患者さんの薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して、質の高い医療を提供する体制について評価するものです。受付時には正確な情報を取得・活用するためマイナンバー保険証による、オンライン資格確認の利用にご協力をお願い致します。

当院はオンライン資格確認について、以下の体制の整備を行っています。

◎オンライン資格確認を行う体制

◎薬剤情報、特定健診情報その他必要は情報を取得・活用

医療情報取得加算（初診時）加算1 3点 加算2 1点（マイナ保険利用時）

※医療情報取得加算は、受付方法等により加算される点数が異なります。

また、紹介状をお持ちの方は、上記に関わらず初診の方の加算は1点。

再診時 加算3 2点 加算4 1点（マイナ保険利用時） 3ヶ月に1回

ご記入ありがとうございました。診療申込票を受付へお持ちください。

 ささき 眼科 形成外科 クリニック