

質問	薬剤名や治療等を詳しく記入してください	
頭部や眼球に強い衝撃を受けたことがありますか（スポーツ、交通事故、けんかなど）	いいえ・はい	
格闘技の経験はありますか（プロ、アマチュア問わず）	いいえ・はい	
薬のアレルギーはありますか	いいえ・はい	
食べ物のアレルギーはありますか	いいえ・はい	
アトピー性皮膚炎はありますか	いいえ・はい	
喘息はありますか	いいえ・はい	
花粉症はありますか	いいえ・はい	
膠原病やリウマチはありますか	いいえ・はい	
腎臓の病気はありますか	いいえ・はい	(透析 手シヤント/ 曜日)
前立腺疾患はありますか	いいえ・はい	
眼科以外で大きな病気や手術をしたことがありますか	いいえ・はい	
輸血を受けたことがありますか	いいえ・はい	
感染症はありますか	いいえ・はい	B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV その他()
肝臓の病気はありますか	いいえ・はい	
肺炎にかかったことがありますか	いいえ・はい	
取り外しのできる歯はありますか（入れ歯、ブリッジ）	いいえ・はい	総・上・下・部分()
難聴ですか	いいえ・はい	右・左・両 補聴器(右・左・両)
高血圧や心臓の病気はありますか	いいえ・はい	
脳の病気はありますか	いいえ・はい	
睡眠薬や精神安定剤を服用していますか	いいえ・はい	
未熟児で生まれたり、保育器に入っていたことがありますか	いいえ・はい	(月で出生) (gで出生)
現在、妊娠・授乳中ですか	いいえ・はい	妊娠中(月)・授乳中
職業と職種を教えてください	—	職業 職種
身長と体重を教えてください	—	cm kg

◆ 喫煙はしますか

- いいえ
 はい (歳 ~ 歳 本/日)
 過去に喫煙 (歳 ~ 歳 本/日)

◆ 飲酒はしますか

- いいえ はい (頻度 種類 量)

◆ 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

- いいえ はい

◆ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか

- いいえ はい

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、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 1点