

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 手シャント/ 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	（ ヶ月で出生）（ gで出生）
現在、妊娠・授乳中ですか	いいえ・はい	妊娠中（ ヶ月）・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。