

Welcome

名前： _____ ローマ字： _____ 性別：女、男、

生年月日： _____、年齢 _____ ソーシャルセキュリティー番号 _____

住所： _____, City _____, Zip _____

電話番号：携帯 _____、Work: _____ Email _____

旦那さん（奥さん）の名前： _____ 電話番号： _____ イーメール： _____

緊急の場合の連絡先：名前 _____、関係 _____、携帯 _____

未成年の場合

お父さんの名前： _____ 電話番号： _____ イーメール： _____

お母さんの名前： _____ 電話番号： _____ イーメール： _____

眼科保険 （医療保険、海外保険は当院では扱いません。）

眼科保険会社：VSP, EyeMed, Nippon Life, Health Care (Prestige International), BCBS (Microsoft のみ)

この保険は何方の会社を通して加入していますか？（丸してください） 自分、妻、旦那、親

その方の名前 _____ 生年月日 _____ ソーシャルセキュリティー番号： _____

勤務先名： _____ メンバーID: _____ （保険証カードに記載されています。）

- 診察料は、受診した時にお帰りになる前に全額をお支払いして頂きます。診察をしてみて、何かが見つかり詳しく調べる為に別の検査が必要になる場合もあります。その場合、検査料が別途かかり、予約の際にお伝えした金額以上になることもあります。
- 保険を使う場合は、予約の前に私たちの方で、コピーや 保険が適用できる検査とそうでないものを調べますが、アメリカでは事実的、保険金額は、実際に保険の請求の処理がされるまで保証されていません。つまり、保険が適用される額や、自己負担額が私たちが予想した金額よりも少ない場合もあります。よって、保険会社からの支払いが足りなかった場合は、その分は患者さんの自己負担金として請求されます。保険の内容に関しては、保険会社にお問い合わせください。
- 海外保険など保険額請求の用紙の記入には7日～14日かかります。また、一人分の書類につき\$20の手数料がかかります。

私は上記の事項に同意します。

署名： _____, 日にち： _____

❖ 予約についての方針

チェックイン時間：早めに到着し、予約の15分前にチェックインするようお願い致します。予約時間に遅れた場合、その後の予約にしわ寄せが起きてしまい、その日の予約のすべての患者さんを待たせることになってしまいます。そのため、予約を取り直して頂くようになるかもしれません。また、その日の予約をキャンセルしたことになりますので、一つの予約につきキャンセル料をお支払いして頂くようになります。

予約に来なかった場合：予約の患者さんに待ち時間が少なくご対応できるようにしています。そのため、予約に来ない、遅刻して来る、ギリギリでのキャンセルは、私たちに迷惑だけでなく他の患者さんにも迷惑になります。そのため、私たちクリニックの予約に関する注意事項があります。下を読んでください。

48時間以降のキャンセル、または予約をに来なかった場合：突然、仕事や家族の用が入ったり、体の調子が悪くなり予約をキャンセルしなければならないこともあります。そういった予期しない事が起きってしまうのは避けられません。しかし、予約を入れた時点で、その時間はリザーブされ、他の人の予約を入れることが出来ません。そのため、予約のキャンセルが必要な場合は、予約日時の48時間前までにお願いいたします。48時間以降でのキャンセルの場合は、予約一つにつきキャンセル料がかかります。健康検診や経過検診の予約は\$40のキャンセル料。コンタクトレンズのトレーニング、糖尿眼科検診、緑内障の検診の場合は\$70。

どうやってキャンセルするか frontdesk@opticalinfinityinc.com にメールでご連絡ください。

❖ 赤ちゃんや小さい子供は検査室に入れません

眼科検診は、膝の上に赤ちゃんを座らせた状態で受診できる検査ではないため、赤ちゃんや小さいお子さんを検査室に連れて来ることは遠慮して頂いています。もう一人、大人と一緒にでも、検査室には入れません。また、ベビーカーの中で寝ている赤ちゃんでも、普段は一人で静かに座ってられる幼児でも、不安になって泣き出してしまいう子もいます。ですから、赤ちゃんや幼児を連れてくる場合は、待合室で見守ってくれる大人と一緒に来るようお願いしております。平日は自分一人で来れない方は、土曜日をご利用ください。

❖ 医師の手紙、検査結果の転送

他の病院への紹介状、医師による手紙、検査結果を別の医療機関に転送には、用紙に署名して頂き、私たちがその書類を受理してから7日~14日かかります。また、\$25の手数料がかかります。

❖ メガネのフォローアップ検査について

メガネの処方箋が合わない場合は、再検査の予約を取って下さい。再検査は、最初の眼科検診日から90日以内であれば無料で受診できます。再検査の結果、レンズの視力が最初の処方箋と異なった場合、90日以内であれば無料でレンズの作り変えをいたします。

私は、このページの全ての事項に同意します。

名前 _____

署名： _____ 今日の日付： _____

問診表

❖ **受診の理由**：（該当する理由すべてに丸をしてください。）

眼科健康診断 メガネが欲しい コンタクトレンズが欲しい（ハードレンズ、使い捨てレンズ） 緑内障の定期検査 網膜剥離後の定期検査 飛蚊症が気になる 視力の低下 学校の視力検査に落ちた 目が痛い、痒い、赤い、ゴロゴロする、光が眩しい 瞼にもものもらいのような腫れがある

その他： _____

❖ **眼科で眼科健康診断**：（該当する理由すべてに丸をしてください。）

今までに受けたことがない。一番最近の検査：1か月以内、6か月以内、1年前、2年前、3年前、5年から10年前、もっと前

❖ **健康診断**： 最後に受けたのはいつですか？ _____

病気： 診断を受けたことがある病気： 高血圧、コレステロール、心臓病、糖尿病、その他 _____

薬： 現在使用している薬： _____

アレルギー： 薬アレルギーはありますか？はい、いいえ 薬名 _____

花粉や食べ物などアレルギー： _____

テキサスに来てから季節のアレルギーが酷くなりましたか。はい、いいえ

テキサスにはいつ来ましたか？

目の手術： 受けたことはありますか？ ある、ない どんな手術ですか？ _____

レーシックを受けたことはありますか？ ある、ない いつ受けましたか？ _____

（該当する理由すべてに丸をしてください。）

パソコンやスマホ、タブレットの使用： 何時間くらい使用しますか？ _____時間

めがね： 一日中かける、一日中かける、運転用、老眼鏡、パソコン用、遠近両用、メガネをかけると目が疲れる、今のメガネで見えづらい

コンタクトレンズ： ハード、デイリーレンズ、2週間用、1か月用、コンタクトの着け心地が良くない、目が乾く、目が赤くなる、目が痛くなる、今のコンタクトで見えづらい

裸眼での視力： 近くが見えづらい、遠くが見えづらい

ドライアイ治療： 興味がある。話を聞きたい。

子供の近視抑制治療： 興味がある。話を聞きたい。

両親の視力： 父、母、両親が強度の近視

<p>目の病気、症状当てはまるものを囲んでください。</p> <p>Glaucoma 緑内障 Cataract 白内障 Macular Degeneration 黄斑変性基盤 Retinal Detachment 網膜剥離 Color Blindness 色覚異常 Glare/ Light sensitivity 電気・光がまぶしい Tired Eyes 疲れ眼 Amblyopia 弱視 Burning 目がひりひりする</p>	<p>Dryness 目が渇く Excess Tearing 涙がたくさん出る Eye Pain or Soreness 目が痛い、ズキズキする Foreign Body Sensation 目に何か入ってるような感じ Infection of Eye or Lid 目、又は瞼の感染 Itching 目がかゆい Mucous Discharge 目やにが出る Drooping Eyelid 瞼が下にたれてる Redness 目が赤い Sandy or Gritty Feeling 目がゴロゴロ、ザラザラする</p>	<p>Strabismus (Cross eyes) 斜視眼 Blurred Vision Distance 遠くがぼやける Blurred Vision Near 近くがぼやける Distorted Vision 歪んで見える Double Vision 2重に見える Floaters or Spots 飛蚊症 Fluctuating Vision 視力が良くなったり悪くなったりと変動する Loss of Vision 突然目が見えなくなった Loss of Side Vision 横の視界が見えない</p>
<p>現在のあなたの健康の状態</p> <p>Fever 熱がある Weight Loss 体重が最近減った Other Symptoms その他の症状 Ears, Nose, Throat 耳、鼻、喉 High Blood Pressure 高血圧</p>	<p>Asthma ぜんそく Gastrointestinal 胃腸 Kidney 腎臓 Muscles, Bones, 筋肉 Joints 骨、関節 Skin 皮膚 Neurological 神経</p>	<p>Anxiety or Depression 苦悩、不安神経症 Thyroid 甲状腺 Diabetes 糖尿 Blood /Lymph 血、リンパ Allergic アレルギー Pregnant 妊娠してる Nursing 新生児の育児中である</p>
<p>血のつながりのある家族（祖父、祖母、叔父、叔母も含めて）の目の病気と健康</p> <p>Amplyopia 弱視 Blindness 盲目 Cataract(s) 白内障 Color Blindness 色覚異常 Glaucoma 緑内障 Macular Degeneration 黄斑変性基盤</p>	<p>Retinal Detachment 網膜剥離 Strabismus 斜視眼 Arthritis 関節炎 Cancer 癌 Diabetes 糖尿病 Heart Disease 心臓病</p>	<p>High Blood Pressure 高血圧 Kidney Disease 肝臓病 Lupus ルーパス Stroke 脳梗塞 Thyroid Disease 甲状腺疾患 Others</p>

職業は何ですか？ _____, 勤務年数： _____ 勤め先： _____

学生の場合、学校名 _____、学年 _____

- 車の運転はしますか？ はい、いいえ
- 運転中、街灯がまぶしく感じますか？ はい、いいえ
- 運転中、見づらいですか？ はい、いいえ
- 特に夜の運転は見えずらいですか？ はい、いいえ
- 現在メガネを使用してますか？ はい、いいえ
- メガネはいつかけますか？ 一日中かける、たまにだけ、運転用、コンピューター用、読書用、手元用
- どういったメガネですか？ 近視用、遠視用、遠近両用
- いままで使用したメガネで、何か問題はありましたか？ はい、いいえ
- サングラスはかけますか？ はい、いいえ。それは度入りのサングラスですか？ はい、いいえ
- コンタクトレンズを使用してますか？ はい、いいえ (ハード、ソフト)
- 使い捨て用の場合、夜は寝る前に取りますか？ 取って寝る、つけたまま寝る
- レンズはどれくらいの期間つけてから捨てますか？ 一日、2週間、3週間、4週間、5週間、6週間、2ヶ月以上
- コンタクトのブランド名 _____
- ビタミン剤などサプリメントをのんでいますか？ はい、いいえ
- 定期的な運動をしてますか？ はい、いいえ
- お酒は飲みますか？ : 飲まない、たまに、一日一本(杯)、一日2~3本(杯)、一日4本(杯)以上
- タバコは？ : 吸わない、たまに、一日1/2箱、一日一箱、一箱以上
- 趣味、興味のあること： _____