

初診申込書

英語の用紙が必要な方、また、何かお困りの際は、遠慮なくスタッフまでお申し出ください。

(If you would like a form in English, or require any other assistance,
please do not hesitate to ask the staff member.)

※ 太枠内にご記入下さい。

記入年月日 西暦		_____	年	_____	月	_____	日
以前 当院で	診察を受けたことがありますか？						
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→	_____	年	_____	月頃	
ふりがな	_____						
患者氏名	_____	男・女	年齢	_____	歳		
生年月日	(大・昭・平・令)	_____	年	_____	月	_____	日 生まれ
住所 〒	_____	-	_____				

電話番号	* 自宅	_____	-	_____	-	_____	
	* 携帯電話	_____	-	_____	-	_____	
	* 勤務先	_____	-	_____	-	_____	
	勤務先名	_____					
紹介状	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
当院は何によってお知りになりましたか？ 該当する項目に ✓ を付けてください。							
<input type="checkbox"/>	知人・家族から聞いて	(紹介者)				
<input type="checkbox"/>	ホームページを見て	<input type="checkbox"/>	自宅・職場から近いため				
<input type="checkbox"/>	他の医療機関からの紹介	(医療機関名)				
<input type="checkbox"/>	その他	()				

初診・再診 問診票

記入日 西暦 年 月 日

患者氏名 _____

年齢 才 男 女

代理記入者名 _____ 続柄 _____

下の質問で当てはまるものに を入れてお答えください。

1) 症状があるのはどちらの眼 (いつ頃から) ですか？

両眼 (~) 右眼 (~) 左眼 (~)

2) 一番お困りの症状は？

(_____)

3) その他あれば 印を入れてください。

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かすむ | <input type="checkbox"/> 何かが飛んで見える | <input type="checkbox"/> 物がゆがんで見える | <input type="checkbox"/> まぶしい |
| <input type="checkbox"/> 見えにくくなった | <input type="checkbox"/> 光が見える | <input type="checkbox"/> 疲れる | |
| <input type="checkbox"/> かゆみ | <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> メヤニが出る | <input type="checkbox"/> 涙が出る |
| <input type="checkbox"/> 充血 | <input type="checkbox"/> 乾燥する | <input type="checkbox"/> 違和感(ゴロゴロ)する | <input type="checkbox"/> ゴミが入った |
| <input type="checkbox"/> まぶたが腫れている | <input type="checkbox"/> できものがある | <input type="checkbox"/> 白内障手術目的で紹介された | |

4) 本日は乗り物を運転して来られましたか？ いいえ はい → 車 バイク 自転車

5) 本日はコンタクトレンズを装着されていますか？ いいえ はい

6) 当院は何によってお知りになりましたか？ (複数回答可)

- 知人・家族から聞いて(_____) 他の医療機関からの紹介(_____)
- ホームページを見て 自宅・職場から近いため 当院職員紹介(_____)
- その他 (_____)

うらのページもご記入下さい

既往歴・アレルギー問診票

7) 今までに眼科を受診されたことはありますか？

いいえ はい → 病名() いつ頃()
病院名()
使用中の点眼薬・内服薬など()

8) 今までに眼の手術をされたことはありますか？

いいえ はい → 白内障 緑内障 網膜剥離 レーザー
近視矯正手術(LASIK など) その他()
病名() いつ頃()

9) 今までにかかった事がある病気・または治療中の病気はありますか？

いいえ はい → 高血圧 糖尿病 喘息 脳梗塞
心臓疾患 病名()
腎疾患 病名()
高脂血症 高コレステロール 前立腺肥大 花粉症
アレルギー疾患 病名()
その他() いつ頃から: _____

10) 今までに大きな手術をされたことはありますか？

いいえ はい → 病名() いつ頃()
手術名() 病院名()

11) ご使用中のお薬はありますか？ ※特にバイアスピリン・ワファリン・抗血小板剤など

いいえ はい → 薬品名()

12) 「赤く腫れる」「発疹・じんましん」「気分不良」「ショック」「下痢・腹痛」などを起こしたことが下記①～③でありますか？

①薬・注射・造影剤：

いいえ はい → アスピリン ピリン系 サルファ剤 ペニシリン その他()

②食品・化粧品・洗剤・金属： いいえ はい → 品名()

③消毒用アルコール： いいえ はい

13) 「けいれん」や「ひきつけ」を起こしたことがありますか？

いいえ はい → いつ頃()

14) 1ヶ月以内に予防注射を受けたことがありますか？ いいえ はい

15) 妊娠中あるいは授乳中ですか？ いいえ はい わからない