

# 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？

☐ 無 ☐ 有 → \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃

ふりがな \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

生年月日 (明・大・昭・平) \_\_\_\_\_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 ( \_\_\_\_\_ )

紹介者 \_\_\_\_\_

紹介病院 (医院) \_\_\_\_\_

紹介状 ☐ 有 ☐ 無

# 初診問診票

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（いつから）ですか？ 記入例：✓ 両眼（3日前～）  
☐ 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。（複数回答可）

- |                                    |                                    |                                        |                                 |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|
| <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) 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（　　）

5) 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（　　）  
病院名（　　） いつ頃（　　）

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（　　）

# アレルギー問診票

7) 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      ☐心臓疾患（病名）  
          ☐脳梗塞      ☐高脂血症      ☐高コレステロール      ☐腎疾患（病名）  
          ☐前立腺肥大☐花粉症      ☐アレルギー疾患（病名）  
いつから（ ） ☐その他（ ）

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

☐いいえ ☐はい → 薬品名 ( )

9) 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( )

10) 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

1 1) 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

11) 下の①～③で『赤く腫れる』『発疹・じんましがでる』『気分不良』『ショック』『下痢・腹痛』などを起こしたことがありますか？

① 薬・注射・造影剤など

☐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・金属など

☐いいえ ☐はい → 品名( )

### ③ 消毒用アルコール

☐いいえ    ☐はい

12) 「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 ( )

13) 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

14) 妊娠中あるいは授乳中ですか？

☐いいえ ☐はい ☐わからない