

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 (_____)

紹介状 有 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。

知人・家族から聞いて (紹介者 _____)

ホームページを見て 自宅・職場から近いため

他の医療機関からの紹介 (医療機関名 _____)

その他 (_____)

幼児問診票

西暦 年 月 日
お名前 (ふりがな)

生年月日 西暦 年 月 日

男 女 年齢 才 ヶ月

記入者名 _____ 続柄()

1. お子様の目について、相談したいことは何ですか？

- やぶにらみ・斜視 視力が悪い・よく見えない まぶしがる
外でまぶしがる・眼をつぶる テレビを近づいてみる
首をまげる癖がある 暗い所で、つまづいたり見にくそうにする。
その他 ()

2. 次のことに、あてはまることがありますか？

- 低出生体重児(2500g以下) 発達に遅れがある
手足の運動が不自由 耳が聞こえにくい(聾)
体に他の異常がある ()

3. 現在、他の医療機関にかかっていますか？ はい いいえ

「はい」の場合：(いつから・病名・医療機関名等)おわかりになる範囲でご記入ください。

4. 妊娠中から現在までの状況についてご記入ください。

(「あり」の場合：具体的な内容を下線にご記入ください)

出生時の体重 g

現在の体重 g

アレルギーはありますか？ なし あり _____

妊娠中の異常は？ なし あり 骨盤位・帝王切開・

分娩時の異常は？ なし あり _____

新生児期の異常は？ なし あり _____

病気にかかったことは？ なし あり _____

手術を受けたことは？ なし あり

「あり」の場合：(手術日・病名・医療機関名等)おわかりになる範囲でご記入ください。

5. 両親・祖父母・叔父・叔母・兄弟姉妹で、次の病気の方がおられましたら
チェック□を入れ()内にお子様との関係(続柄)をご記入ください。
- 癌() □結核() □心臓病() □糖尿病() □喘息()
□神経の疾患() □血液の疾患() □アレルギー疾患()
□けいれん() □先天異常() □高血圧 □てんかん()
□脳性まひ() □運動発達の遅れ() □斜視() □弱視()

6. 両親・祖父母・叔父・叔母・兄弟姉妹で、眼の病気の方はいらっしゃいますか？ □はい □いいえ

「はい」の場合：(病名・お子様との関係)をご記入ください。

-
7. その他、気になることがありましたらご記入ください。

アレルギー問診票

※必ず全てご記入・チェックしてください。(記入日 西暦 年 月 日)

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____ 性別 男 女
代理記入者名 _____ 続柄 _____ 電話 _____

治療・手術の際に使用する抗生物質、麻酔等の薬剤は必要不可欠です。しかし、薬剤投与に伴う副作用(ショック・アナフィラキシー症状)の出現は少ないですが、報告されています。当院では従来、副作用発現の予知として「皮内テスト」を実施しておりました。ここ最近、皮内テストの有用性が乏しく「皮内テストの中止」が厚労省より提言されています。当院では、その提言に基づき、皮内テストの中止と、それに代わる詳しい「アレルギーに関する問診」を行っております。ご協力お願い致します。

1. 現在までに注射、飲薬、ぬり薬、点眼薬、その他薬で何か異常(局所や全身が赤く腫れたり、発疹ができたり、気分が悪くなったり、ショックになったりする等)があったことがありますか？ (有・無・不明)
[アスピリン、ピリン系剤、サルファ剤、ペニシリン等]

薬名 _____

2. 現在までに塗料、化粧品、白髪等毛染、洗剤などを使って皮膚病にかかったことがありますか？ (有・無・不明)
3. 現在までに、たこ、かに、さば、たまご、牛乳、その他のものを食べて、じんましんや腹痛、下痢を起こしたことがありますか？ (有・無・不明)

食品名 _____

4. 現在までに次の病気にかかったことがありますか？ (有・無・不明)
喘息 じんましん等のアレルギー疾患 心臓病 肝臓病 糖尿病 異常体質
5. 上記以外に重大な病気になったり、あるいは手術を受けたことがありますか？ (有・無・不明)
6. けいれんを起こした事がありますか？ (有・無)
7. 妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ (有・無)
8. 1ヶ月以内に予防注射を受けたことがありますか？ (有・無)

医療法人仁志会 西眼科病院 0120-489-242 (祝日除く月～金 14:00～17:00)

大阪府大阪市東成区中道4-14-26

初診受付/月・火・水・金 AM9:00～11:30 PM14:00～16:00
木 AM9:00～11:30

休診日 /土・日・祝日

