

# 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 ( \_\_\_\_\_ )

# 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

11) 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・じんましんがでる』『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