

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 (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 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 (紹介者名 _____)

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・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 ()

7) ジェネリック医薬品(後発医薬品)の処方を希望されますか？ いいえ はい

うらのページもご記入下さい

既往歴・アレルギー問診票

8) 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()

9) 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()

10) 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: _____

11) 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()

12) 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()

13) 「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

14) 「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()

15) 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

16) 妊娠中あるいは授乳中ですか？ いいえ はい わからない

この用紙は 予診16番 にお渡してください

新型コロナウイルス 問診票

記入日 西暦

年 月 日

患者 氏名 _____

当職員確認者 _____

感染防止のためご協力をお願いいたします。

下の質問で当てはまるものに を入れてお答え下さい。

1) 体調(症状)について

- ・発熱 → なし あり(°C)
- ・せき → なし あり
- ・倦怠感 → なし あり
- ・体調不良 → なし あり
- ・のどの痛み → なし あり
- ・眼の痛み → なし あり
- ・味覚障害 → なし あり
- ・その他 → 腹痛 下痢 嘔吐 発疹 鼻水・鼻づまり 他

2) 1～2ヶ月以内に他の医療機関(眼科・内科・整形外科・歯科など)を受診しましたか?

なし あり(病院名: _____)

3) 1～2ヶ月以内に近畿圏外に移動されましたか?

なし あり(都道府県名: _____)

期間: _____ 月 日 ~ _____ 月 日

4) 海外渡航歴 なし あり



① 渡航期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日まで

② 渡航先 国: _____ 地域: _____

5) 帰国者との接触 なし あり

この用紙は 16 予診へお渡し下さい