

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。

- かすむ 何かが飛んで見える 物がゆがんで見える まぶしい
見えにくくなった 光が見える 疲れる
かゆみ 痛み メヤニが出る 涙が出る
充血 乾燥する 違和感(ゴロゴロ)する ゴミが入った
まぶたが腫れている できものがある 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) 現在、次の施設をご利用中ですか？

いいえ はい (高齢者施設(老人ホームなど)・ショートステイ・デイケアなど)

7) 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 (_____)

8) 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

9) 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()

10) 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()

11) 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： _____

12) 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()

13) 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()

14) 「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

15) 「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()

16) 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

17) 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) 1～2ヶ月以内の 体調(症状)について

		いつ頃	周辺に同症状の方
・発熱	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(°C)	_____	あり・なし
・せき	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____	あり・なし
・たん	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____	あり・なし
・倦怠感	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____	あり・なし
・体調不良	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____	あり・なし
・のどの痛み	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____	あり・なし
・味覚障害	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____	あり・なし
・眼の痛み	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____	あり・なし
・その他	→ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 他	_____	あり・なし

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