

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 (_____)

幼 児 問 診 票 (未就学児用)

患者 氏名

記入日 西暦 年 月 日

年齢 才 ヶ月 男 ・ 女

記入者名

続 柄

下の質問で当てはまるものに✓を入れてお答え下さい。

1) お子様の目について、ご相談されたいことは？

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| ☐ メヤニが出る | ☐ 涙が出る | ☐ かゆみ | ☐ 充血 |
| ☐ まぶたのただれ | ☐ まぶたの腫れ | ☐ 目に手や物が当たった | |
| ☐ 斜 視 | ☐ まぶしがる・眼をつぶる | | |
| ☐ 視力が悪い・よく見えない | ☐ テレビに近づいて見る | | |
| ☐ 首をまげる癖がある | ☐ 暗い所で、つまずいたり見にくそうにする | | |
| ☐ 検診にて眼科受診をすすめられた | | | |

☐その他 ()

2) 今までに眼科を受診されたことはありますか？ ※「はい」の場合：下線にご記入ください

☐いいえ ☐はい→ 病 名 _____
いつから _____
病 院 名 _____
使用中的お薬など _____

3) ご家族・ご親族で、眼の病気の方はいらっしゃいますか？

☐いいえ
☐は い→ 病 名 _____
続 柄()

4) 当院を何によってお知りになりましたか？ ※複数回答可

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 知人・家族からきいて | ☐ 他の医療機関からの紹介 | ☐ ホームページを見て |
| ☐ 自宅から近いため | ☐ 当院職員紹介 | ☐ その他 _____ |

うらのページもご記入下さい

既往歴・アレルギー問診票

5) 妊娠中から現在までの状況について ※「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
- ・ 妊娠中の異常 ☐なし ☐あり 骨盤位・帝王切開 _____
- ・ 分娩時の異常 ☐なし ☐あり _____
- ・ 新生児期の異常 ☐なし ☐あり _____
- ・ 発達の遅延 ☐なし ☐あり _____
- ・ 耳が聞こえにくい ☐なし ☐あり _____
- ・ 手足の運動が不自由 ☐なし ☐あり _____
- ・ 身体に異常がある ☐なし ☐あり _____
- ・ その他疾患 ☐喘息 ☐心臓疾患 ☐アトピー性皮膚炎
☐アレルギー疾患 _____
☐その他 _____

6) 今までに大きな手術をされたことはありますか？ ※「はい」の場合：下線にご記入ください

- ☐いいえ ☐はい→ 病 名 _____ いつ頃 _____
手術名 _____ 病院名 _____

7) 下記①～③で「赤く腫れる」「発疹・じんましん」「ショック」「下痢・腹痛」などを起こされた事がありますか？

- ① 薬・注射： ☐いいえ ☐はい→ ☐アスピリン ☐ピリノ系 ☐サリチ酸 ☐ペニシリン
☐その他 _____
- ② 食品・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

8) 「けいれん」や「ひきつけ」を起こされたことはありますか？

- ☐いいえ ☐はい→ いつ頃 _____

9) 1ヶ月以内に予防接種を受けられたことはありますか？

- ☐いいえ ☐はい→ ワクチン名 _____

10) ご家族・ご親族の方で、次の病気の方はいらっしゃいますか？

- ☐いいえ ☐はい→ 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() | ☐ 高血圧() |
| ☐ アレルギー疾患() | ☐ 神経疾患() | ☐ 血液疾患() |
| ☐ けいれん() | ☐ 先天異常() | ☐ てんかん() |
| ☐ 脳性まひ() | ☐ 運動発達の遅れ() | |

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) 体調(症状)について

- ・発熱 → ☐ なし ☐ あり(℃)
- ・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