

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

18) 2週間以内にコロナウイルスに感染 または 37.5℃以上の発熱はありましたか？

☐ いいえ ☐ はい → いつ頃 ()

この用紙は 予診16番 にお渡してください