

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)

記入日 西暦 年 月 日

患者氏名

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、つまづ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？

- ☐いいえ ☐はい → 病 名 ()
いつから ()
病 院 名 ()
使用中のお薬など ()

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 ☐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？

- ☐いいえ ☐はい → 病 名()いつ頃()
手術名()病院名()

7) 「赤く腫れる」「発疹・じんましん」「ショック」「下痢・腹痛」などを起こされたことが下記①～③でありますか？

- ①薬・注射： ☐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・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()

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() | |

11) 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 にお渡しください。