

初診申込書・問診票

ふりがな

記入日 西暦 年 月 日

患者氏名

男・女

大・昭・平・令

(代理記入者名

続柄

)

生年月日

年

月

日

年齢

才

住 所 〒

-

自宅電話

☐なし・☐あり→

-

-

携帯電話(本人)

☐なし・☐あり→

-

-

※未成年の方は保護者携帯電話

-

-

(続柄：父・母・

)

紹介状

☐あり

☐なし

* 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 ☐ ビタミン系 ☐ 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

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 ()