

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	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり→	_____	-	_____	-	_____	
携帯電話	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり→	_____	-	_____	-	_____	*紹介状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かすむ | <input type="checkbox"/> 何かが飛んで見える | <input type="checkbox"/> 物がゆがんで見える | <input type="checkbox"/> まぶしい |
| <input type="checkbox"/> 見えにくくなった | <input type="checkbox"/> 光が見える | <input type="checkbox"/> 疲れる | |
| <input type="checkbox"/> かゆみ | <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> メヤニが出る | <input type="checkbox"/> 涙が出る |
| <input type="checkbox"/> 充血 | <input type="checkbox"/> 乾燥する | <input type="checkbox"/> 違和感(ゴロゴロ)する | <input type="checkbox"/> ゴミが入った |
| <input type="checkbox"/> まぶたが腫れている | <input type="checkbox"/> できものがある | <input type="checkbox"/> 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)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 知人・家族から聞いて(_____) | <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介(_____) | |
| <input type="checkbox"/> ホームページを見て | <input type="checkbox"/> 自宅・職場から近いため | <input type="checkbox"/> 当院職員紹介(_____) |
| <input type="checkbox"/> 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()