

初診申込書 兼 問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平熱： _____ °C 本日の体温： _____ °C

フリガナ 氏名			性別 男・女	生 年 月 日	年	月	日
					(歳)		
住所	〒 _____						
電話番号	① _____			② _____			
職種				紹介元			

1 本日の受診理由 【 紹介状：あり ・ なし 】

2 自覚症状の有無 あり / なし ありの方は下記にご記入ください

(1) どちらの眼ですか? 【 ・ 両眼 ・ 右眼 ・ 左眼 】

(2) いつ頃からですか? 【 _____ 】

(3) どのような症状ですか?

(_____)

3 いままで眼科でレーザー治療や手術を受けたことがありますか?

日時	左・右	手術・治療名	病院名
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】

裏面につづきます

4 過去に眼科で言われた病気があれば、すべて○をつけてください。

なし / 白内障 ・ 緑内障 ・ 糖尿病網膜症 ・ 網膜剥離 ・ 硝子体出血
眼底出血 ・ ブドウ膜炎 ・ 虹彩炎

その他【 】

5 コンタクトレンズ使用歴

なし / あり / 本日装用中 種類【HCL・SCL・1day・2Week・他（ ）】

6 血のつながった家族で、眼の病気にかかった事のある人はいますか？

いいえ / はい→ 緑内障 ・ その他【 】 続柄【 】

7 アレルギーはありますか？ ある方はその内容について詳細にお書きください

いいえ / はい → ・薬 【 】

・金属 【 】

・食べ物【 】

・その他【 】

8 これまで異常を指摘されたことのある、眼科以外の病気はありますか。

なし / 喘息・糖尿病・高血圧・心疾患（不整脈・心不全・狭心症）・肝臓・腎臓

アトピー性皮膚炎 ・ その他 【 】

現在処方されているお薬

【 投薬一覧持参あり ・ なし → 】

10 身体障害者手帳はお持ちですか？

いいえ / はい → 等級【 級】 該当疾患【 】

※上記内容は診察に大切な情報です。記入漏れがない様よろしくお願い致します。