

診療申し込み・問診票

ふりがな			生	大正	年	月	日
氏名	様 男 ・ 女		年	昭和			
			月	平成			
			日	令和			(歳)
住所	〒 -		職				
電話	(自宅)	- -	業	(携帯等) - -			
メールアドレス							
他に通院されていますか	いいえ ・ はい	→ 病院名 ()					
車やバイクを運転して来院されましたか	いいえ ・ はい (ご自身の運転で来院された場合・瞳孔を広げる検査ができません)						
どのような症状で来院なさいましたか	(右 ・ 左 ・ 両) の (目 ・ まぶた) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1) 目ヤニが出る 2) 目が赤い・充血している 3) 痛い 4) かゆい 5) 腫れている 6) 見えにくい 7) 歪んで見える 8) 二重に見える 9) 飛蚊症(黒いものが飛ぶ) 10) 光が走って見える 11) モノが入った 12) ゴロゴロする 13) 乾く 14) 疲れる 15) 涙がでる 16) 学校検診 17) 眼鏡を作りたい 18) その他 ()						
最も気になる症状には必ず○をしてください	※目の状態により処方できない場合もございます 19) コンタクトレンズを作りたい ※コンタクトレンズ処方箋は発行しておりません ※後日取り寄せになるメーカー・製品がございます ご経験 (現在も装用中 ・ 以前装用していたが中止していた ・ 全く初めて) ご希望 (使い捨てソフト ・ ハード 製品名 ()) 装用期間 (1週間に 日程度) 装用時間 (1日に 時間程度)						
上記の症状で他の眼科を受診中ですか	いいえ ・ はい (受診中の眼科名 :)						
目の病気にかかったことはありますか	いいえ ・ はい (病名 : 時期 頃) (眼科施設名:)						
目の手術を受けたことはありますか (レーシック・美容整形を含む)	いいえ ・ はい (病名 : 時期 頃) (眼科施設名:)						
現在治療中の病気や服用中のお薬はありますか	ない ・ ある 高血圧・糖尿病・心臓病(狭心症・心筋梗塞・)・脳梗塞 てんかん・喘息・前立腺肥大・その他 () 受診中の病院 () 服用中の薬品名 () ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください						
現在使用目の目薬はありますか	ない ・ ある ()						
薬・食物・検査でのアレルギーはありますか	ない ・ ある (薬品 ・ 食物 ・ 検査名 :)						
アレルギー検査を希望しますか	いいえ ・ はい (8種類 ・ 39種類) ※詳細は受付へ						
本日・コンタクトレンズを装用していますか	(いいえ ・ はい)						
検査時や診察時に顔を裏返していいですか	(いいえ ・ はい)						
現在 妊娠・授乳中ですか	(いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 授乳中)						
すべて問診票に偽りなく申告しましたか	いいえ ・ はい						
受診するきっかけは何ですか	①当院のDrにかかっていた ②知人の紹介 ③広告(看板) ④本 ⑤ホームページ ⑥TV ⑦YouTube その他 ()						

Please circle the applicable section

OPHTHALMOLOGY

		Date of birth	
Name		Male · Female	year年 month月 day日 (Age)
Address 〒 -		Occupation	
Phone (Home) - -		(Mobile) - -	
Have you seen another doctor?	No · Yes	→ Clinic name()	
Did you drive the car/bike to the clinic by yourself today?	No · Yes (If you drive by yourself, you are unable to take a examination to widen your pupil.)		
What are you symptoms?	My (right · left · both) (eye · eyelid) days before weeks before months before years before		
	1) mucous discharg 2) red eye · hyperemic 3) eye pain 4) itching 5) swelling 6) blurred vision 7) distorted vision 8) double vision 9) floaters in vision 10) bright spot in vision 11) foreign-body in the eye 12) foreign-body sensation in the eye 13)dry eyes 14) eye strain 15) watery eyes 16) school check-up 17) making glasses 18) Other(s) ()		
	19) making contact lens Depends on eye condition, we may not prescribe No issue of prescription for contact lens Some products are ordered at a later date Experience with contacts (wearing · used to wear but discontinue · never before) Request (disposable contact lens · hard contact lens product name ()) Wearing period (days a week) Wearing time (hours per day)		
Are you under the care of a doctor for this illness?	No · Yes (Name of hospital where you received treatment :)		
Have you ever had eye diseases before?	No · Yes (Name of disease : When?)		
Have you ever had surgery? (Including LASIK · cosmetic surgery)	No · Yes (Name of disease : When?)		
Are you under medical treatment? Are you currently on any medication?	No · Yes · Hypertention · Diabetes mellitus · Heart disease (Angina pectoris · myocardial-infarction) · cerebral infarcction · cerebral infarcction · Epilepsy · Asthma · Prostatic hypertrophy · others () Hospital name () Medication name including nutritional supplement () <u>※Show us your medicine pocketbook if you have.</u>		
Are you allergic to any medication , inspection?	No · Yes (Medication · Foods · Inspection name :)		
would you like to take an allergy test?	No · Yes (8 types · 3 9 types) ※For further information, ask to the reception		
.			
Do you mind if we turn over your eyelids on examination? (No · Yes)			
Are you pregnant? If so are you breastfeeding? (No · Yes (month) · Breast feeding)			
Do you truly declare all above contents?	No · Yes		
What made you want to see a doctor?	①use to see our doctor②Introduction of acquaintance ③Advertising (sign board) ④Official site⑤Books⑥TV⑦Others ()		

診療申し込み・問診票 (問診表)

拼音		出生年月日	年 月 日
姓名	男 · 女		(岁)
住址/住所	〒 -	职业	
电话/電話	(家/自宅) - -	(手机/携帯)	- -
现在上别的医院吗	否 · 是	→ 医院名 ()	
今天自己开车了吗	否 · 是 (自己开车来时, 不能检查扩瞳孔)		
有何症状? 最忧虑症状请○	(右 · 左 · 双眼) 的 (目 · 眼皮) 是从 从 天前 周前 ヲ月前 年前 . 1) 眼屎多 2) <u>眼红</u> 3) 痛 4) 痒 5) 肿 6) 看不清 7) 看歪曲 8) 重影 9) 看飞黑色的东西 10) 看光 11) 眼内有异物 12) 眼内有摩擦感 13) 乾 14) 累 15) 眼泪出来 16) 学校検診 17) 要作眼镜 18) 其他 ()		
	※有不能处方为眼的情况 19) 要作隐形眼镜 ※没有隐形眼镜处方箋 ※有后函购製品 経験 (現在使用中 · 以前使用 · 无) 希望 (日抛的隐形眼镜 · 硬性隐形眼镜 製品名 ()) 装用期間 (1週間 日程度) 装用時間 (1天 時間程度)		
为上記的症状 别的眼科受診中吗	否 · 是 (受診中的眼科名 :)		
以前是否患过眼病吗	否 · 是 (病名 : 時期 頃)		
以前有没有眼的外科手术 (含曲折矫正手术 · 美容手术)	否 · 是 (病名 : 時期 頃)		
有没有現在治療中的病还是 喝中的药	没有 · 有 高血压 · 糖尿病 · 心臟病 (狭心症 · 心筋梗塞 ·) · 脑梗塞 癲癇 · 喘息 · 前立腺肥大 · 其他 () 受診中の病院 () 喝中的药品名 () ※请看一下您的药手册		
有没有药 · 食品 · 检查的 过敏症	没有 · 有 (药品 · 食品 · 检查名 :)		
希望検査过敏症吗	否 · 是 (8种 · 39种) ※请问详细前台		
今天 · 使用隐形眼镜吗	(否 · 是)		
检查还是診察时可以翻眼皮吗	(否 · 是)		
现在是否正在怀孕还是哺乳	(否 · 是 (ヲ月) · 哺乳中)		
真申报了全问診表吗	否 · 是		
为什么您来的这医院的吗	①以前来到这医院 ②介绍 ③广告 (看板) ④网页 ⑤書 ⑥电视 ⑦其他 ()		