

問診票

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日生(歳)	
お名前					
ご住所	〒			電	自宅
				話	携帯

- どちらの眼ですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
- 症状はいつごろからですか？
() 日前から () 週前から () 月前から
- どのような症状がありますか？
()
- 眼科で現在使用している内服、点眼があれば教えてください。
()
- コンタクトレンズを使用していますか？ いいえ ・ はい(ハード・ソフト・使い捨て)
- メガネ、コンタクトレンズのご希望はありますか？ (同日処方できません)
・メガネを作りたい
・コンタクトレンズを作りたい (別紙に記載をお願いします)
- 今まで目の手術をしたことがありますか？
ない ある：白内障・緑内障・網膜・レーザー・斜視・レーシック・その他()
- アレルギーがありますか？
ない
ある：薬剤() 食べ物() ・花粉症・アトピー・喘息
その他()
- 現在おかけの病気はありますか？
ない ある：高血圧・糖尿病・心臓疾患・ぜんそく・その他()
- 眼科以外で処方されているお薬はありますか？
ない ある(薬の名前：)
- 女性の方にお伺いします。 妊娠されていまか？ いいえ はい(週)
現在授乳中ですか？ いいえ はい

当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ・ご家族() ・知人() ・ホームページ ・その他のインターネット ・入口看板 ・その他()
--

ご記入いただいた情報は大切に保管し、診療行為のみに使用いたします。
ご協力ありがとうございました。

後藤眼科