

問診票

ふりがな

お名前 _____ 様 性別 ☐男☐女 年齢 _____ 歳 本日の日付 年 月 日

電話番号 _____ 携帯番号 _____

☆本日の来院は移動手段を○で囲んで下さい

【車】 【徒歩】 【自転車】 【電車、バス】

☆本日の症状についてご記入下さい。

年 月頃から (右眼 左眼 両眼) が

【見えにくい】 【痛い】 【かゆい】 【めやにがでる】

【充血】 【黒いものが見える】 【歪んで見える】

【メガネをつくりりたい (近 遠近 遠)】

【コンタクトをつくりたい (ソフト 相談 ハード)】

【手術を受けたい (白内障 レーシック ICL その他)】

その他、症状があれば下記に記入して下さい。↓

☆今までに眼の病気はございますか？※ある方のみ記入

病院名 () 病名 ()

服用、使用されていた薬 ()

☆当てはまる項目はございますか？※ある方

【糖尿病】 【高血圧】 【心臓疾患】 【脳疾患】 【喘息】

【前立腺肥大】 【その他 ()】

☆現在もらっている薬はございますか？ ※ある方のみ

()

☆お薬のアレルギーはございますか？ ※ある方のみ

()

☆過去に手術、病気はございますか？ ※ある方のみ

()

☆女性の方へ 現在妊娠されてますか？ 【はい】 【いいえ】

その他は下記へ記入をお願いします。↓