

問診票

ふりがな

氏名

男・女

歳

生年月日

T・S・H

年

月

日

〒 - 住所



()

-

携帯番号()

-

◇今日はどうされましたか？

いつから() 右・左・両 眼が

充血・かゆみ・めやに・コロコロ・痛い・かすみ・かわき・疲れ・見えにくい
飛蚊症・眼鏡を作りたい・コンタクト(ハード・ソフト)を作りたい・検診を受けたい
(具体的に:)

◇かゆみ等がある方でアレルギー検査を希望しますか？

(はい・相談したい・いいえ)

◇今までに眼の病気にかかったこと、手術したことはありますか？

いつ() 病名() 手術 有・無

◇下記に該当するものに○をつけてください

心臓病・不整脈・高血圧・糖尿病・気管支喘息・前立腺肥大・甲状腺疾患

その他の病気() 女性の方のみ 妊娠中(月)・授乳中

◇内服薬の名前がわかれば書いてください

(名前:) お薬手帳 有・無

◇お薬で副作用が出たことはありますか？(はい・いいえ)

薬の名前 ()

◇ジェネリック医薬品を希望しますか？(はい・いいえ)

◇今日は車を運転して来られましたか？(はい・いいえ)

◇当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介・駅の看板をみて・通りがかり・インターネットをみて・その他()