

問 診 票

ふりがな		記入年月日	
氏 名	男	TEL (自宅)	
	女	TEL (携帯)	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	年 齡	歳
ふりがな			
住 所	〒		

- (1) 眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。
- 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 (年 月 日ごろから)
- (イ) 眼が痛い (ロ) 眼がかたく (ハ) 眼がかゆい (ニ) 眼がつかれる
- (ホ) 見えにくい (ヘ) 眼が充血する (ト) 眼やにが出る (チ) 涙がとまらない
- (リ) メガネを作りたい
- (ヌ) コンタクトレンズを作りたい
- (初めてコンタクトを作る ・ 以前にコンタクトを作ったことがある)
- (ル) その他 具体的にお書きください ()
- (2) 今までに眼の病気・手術をしたことが (ある ・ ない)
- 「ある」とお答えの方 病名 ()
- (3) 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください
- ・糖尿病 (年 月頃より ・ HbA1c _____ %)
- ・高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 不整脈 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞
- ・その他 ()
- (4) 今までに薬・食物などでアレルギー症状をおこしたことが (ある ・ ない)
- 「ある」とお答えの方 (薬剤名・食物名 :)
- (5) 妊娠している、またはその可能性がありますか (ある ヶ月・ない)
- (6) 本日コンタクトをつけて (いる・いない)
- 希望コンタクト (種類:) 使用度数 (Ⓢ: Ⓢ:)

～初めて来院される方へ～

当院をどのようにしてお知りになりましたか？ あてはまるものを○で囲んでください。

- ・ お知合い (ご家族、ご友人) からのご紹介
- ・ 電話帳を見て
- ・ 梅北眼科のホームページを見て
- ・ グランフロントで勤務しているため
- ・ その他 ()