

《問診票》

| | | | |
|------|---|----|--------------------------|
| ふりがな | | 男 | 【生年月日】 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 |
| お名前 | | 女 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | 職業 | |

※ 本日は車・自転車を運転されるご予定はありますか？ はい ・ いいえ

1. ご症状をお書き下さい (いつから・左右どちらの目・どんな症状 など)

2. コンタクトレンズについて (現在使用されている方)

※コンタクトレンズの種類は何ですか？

- ソフトコンタクト (1day タイプ 2weeks タイプ 1ヶ月タイプ 通常タイプ)
- ハードコンタクト その他 (オルソケラトロジーなど)

※コンタクトレンズの見え方はどうですか？

- 良い 悪い その他 ()

3. 現在、患っている病名に○印、または病名を記入してください。

- なし 糖尿病 高血圧 心疾患 花粉症 ぜんそく
- アトピー性皮膚炎 前立腺肥大 その他 ()

4. これまでに、眼科の手術を受けたことがありますか？

- なし あり ⇒ いつ頃_____何の手術
- ⇒ いつ頃_____何の手術

5. 現在、眼科の薬を使用していますか？

- なし あり ⇒ 薬剤名 ()

6. 今まで、何かの薬で具合が悪くなったことはありますか？

- なし あり ⇒ 薬剤名 ()

7. 現在、妊娠、妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

8. 当院をお知りになられたきっかけは何ですか？

- ホームページを見て カルー・E-PARKなどの口コミサイトを見て
- ドクターズ・ファイルを見て クリニックモールに通院して
- チラシを見て 駅の看板を見て
- ビルの看板を見て バスの案内を聞いて
- 知人・ご家族のご紹介 (_____様ご紹介)
- 情報誌などの広告を見て (情報誌名 _____)
- 近所に住んでいる その他 (_____)