《問診票》

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

自転車を運転されるご予定はありますか？　はい

1．症状をご記入下さい（いつから・左右どちらの目・どんな症状　など）

※　現在 発熱、または過去２週間に海外渡航歴はありますか

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．当院を見つけたきっかけを教えてください

□　ホームページを見て　　□　クリニックモールに通院していて

□　近所に住んでいる　　□　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・口コミサイト等を見て (情報誌・サイト名　　)

□　その他 (　　)