

《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	携帯:		自宅:		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. 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？ はい ・ いいえ

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（ ）