

ふりがな		男・女	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日		
お名前						
ご住所	〒 _____					
	ご自宅 (_____) _____ 携帯番号 _____					

問診表

<p>● 当院を知ったきっかけは？ (該当するものに○をつけてください)</p> <p>インターネット ・ 看板 ・ 家が近いから ・ セカンドオピニオン</p> <p>知人の紹介(_____ さん知人・紹介) その他(_____)</p>
<p>● 本日の来院目的は？ (該当するものに○をつけてください)</p> <p>コンタクトレンズ作成 (ハードレンズ ・ ソフトレンズ ・ 使い捨てレンズ) 眼鏡合わせ</p> <p>治療 精密検査 (視力検査 ・ 眼圧検査 ・ 眼底検査など) その他(_____)</p>
<p>● いつ頃から、どちらの目に、どのような症状がありましたか？</p> <p>(できるだけ詳しく書いてください)</p> <p>いつ頃から・・・・・・・・</p> <p>どちらの目に・・・・・・・・</p> <p>どのような症状ですか・・・</p> <p>ご家族や周囲の方などに同様の症状の方はおられますか？</p> <p>ない ・ ある (_____)</p>
<p>● 過去に目の治療や手術を受けられたことはありますか？</p> <p>ない ・ ある (_____)</p>
<p>● 現在治療中の病気やかかったことのある病気はありますか？</p> <p>ない ・ ある (該当するものに○をつけてください)</p> <p>糖尿病 高血圧 心臓病 (心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈など) アレルギー アトピー 喘息</p> <p>肝臓病 (肝機能障害) 腎臓病 (腎機能障害) 脳梗塞 ・ 脳血栓 その他(_____)</p>
<p>● 今までに薬があわないなどで不具合がでたことはありますか？</p> <p>ない ・ ある (_____)</p>
<p>● 現在妊娠されていますか？</p> <p>いいえ ・ はい (_____ 週目) ・ 可能性あり ・ 授乳中</p>
<p>● その他、医師に伝えたいことなどがあれば記入してください。</p> <p>(_____)</p>