

フリガナ		男・女	生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日
お名前				
ご住所	〒 —			
ご連絡先	ご自宅（ ） — 携帯番号 — —			

問診票

● 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） インターネット ・ 看板 ・ 家が近いから ・ セカンドオピニオン 知人の紹介（ さん知人・紹介） その他（ ）	● 当院への来院方法 車（自身の運転） ・ バイク 自転車 ・ バス ・ 徒歩
● 本日の来院目的は？（該当するものに○をつけてください） 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 治療 精密検査（視力検査 ・ 眼圧検査 ・ 眼底検査など） その他（ ）	
● 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？ （できるだけ詳しく書いてください） いつ頃から・・・・・・・・・・ どちらの目に・・・・・・・・・・ どのような症状ですか・・・ 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？ ない ・ ある（ ）	
● 過去に目の治療や手術を受けられたことはありますか？ ない ・ ある（ ）	
● 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？ ない ・ ある（該当するものに○をつけてください） 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 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（ ）	
● 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？ ない ・ ある（ ）	
● 女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか？ いいえ ・ はい（ 週目） ・ 可能性あり ・ 授乳中	
● 特定健診の受診歴はありますか？ いいえ ・ はい（ いつごろ ）	
● 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。 （ ）	

当院はマイナンバー保険証を使用できます。詳しくはスタッフまでお尋ねください。