

ふりがな		男・女	生年月日	大 昭 平 令	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 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 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？ (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？ 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？ 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？ 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 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？ ない ・ ある ()</p>
<p>● 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</p>
<p>● 特定検診の受診歴 いいえ ・ はい (いつ頃)</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>

当院ではマイナ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。