

# 問診票

フリガナ				
おなまえ				
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	性別	男・女
ご住所	〒 _____ (必須)			
電話番号	_____ - _____			
緊急連絡先 (携帯電話番号等)	_____ - _____			
1. どうされましたか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が				
・ めやにができる ・ 見えにくい				
・ かゆい ・ 赤い				
・ 目がかわく ・ 痛い、こごごする				
・ 眼鏡希望 ・ コンタクト希望 (初めて・変更) <input type="checkbox"/>				
・ 学校検診からの受診 ・ その他 ( )				
2. いつ頃からですか？ _____ より				
3. 今まで眼科にかかれたことはありますか？				
はい 【白内障・緑内障・糖尿病網膜症・コンタクト・レーシック・ ( )】				
いいえ				
4. 現在、治療中の病気はありますか？				
はい 【糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・ぜんそく・ ( )】				
いいえ				
5. 薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？				
はい 【 _____ 】				
いいえ				
6. 現在、妊娠・授乳はされていますか？ (女性の方のみ)				
はい ・ いいえ				
●診察前に通常、視力検査・眼圧検査を致しますので、ご了承下さい。				

御記入者名 \_\_\_\_\_