

問診票

ふりがな	生年月日	
氏名	男 女	大正 昭和 平成 令和
住所 (〒 -)	年 月 日	生まれ (才)
	電話・携帯 ()	-

※ 以前に、当院へかかれたことがありますか？

はい () いいえ

※ 当てはまる項目があれば、○印を付けてください。

- 1、高血圧 2、糖尿病 3、透析（透析日 ） 4、胃腸病 5、リウマチ
6、心臓病 () 7、アトピー 8、喘息 9、結核 10、その他

上記のものに当てはまる場合 いつ頃からですか？（昭和 平成 年）

また薬は、服用されていますか？ はい いいえ

※ 今までに、薬でアレルギー反応（じんましん等）を起こしたことはありますか？

はい（ピリン、ペニシリン、その他 ） いいえ

※ 当てはまる項目に、○印を付けてください。

- 1、メガネを使用している。（遠方用（車の運転時など）、手元用（新聞の時など）、遠近両用）
2、コンタクトレンズを使用している。（ハード、ソフト（使い捨ても含む））
3、どちらも使用していない。

※以前、他院で目の手術をしたことがありますか。はい () いいえ

また、現在治療中の目の病気はありますか？ はい () いいえ

※ 来院の理由、症状等をお書き下さい。 (どちらの目 右・左・両眼)
(どのくらい前 前)