

問診票

ふりがな	生年月日	年 月 日 生まれ (才)
氏名 男 女	明治 大正 昭和 平成	
住所 (〒 -)		
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、どのくらい前からですか?)

DL用紙

*お手元での保管には十分にお気をつけください。



浅野眼科クリニック