

# 【問診表】

★できるだけ結構ですので、以下にご記入ください

氏名 (フリガナ)

生年月日

M・T

S・H

年 月 日

〒

TEL ( )

-

住所

※本日はどうなさいましたか。

痛み・かゆみ・眼脂 (めやに)・充血・打撲・かすむ・学校健診より  
眼鏡作成・コンタクトレンズ作成・その他

どちらの目ですか ( ) いつからですか ( )

※以下の病気で治療を受けられたり、これまでに大きな手術をされたことがありますか。

糖尿病・高血圧・動脈硬化・鼻炎 (アレルギー)

手術名「 」 ※

※お薬でアレルギーが出たことがありますか。その他に注意することがありますか。

ない・ある (薬名 ) 注意点 ( )

※妊娠の可能性・妊娠中または授乳中ですか。 はい・いいえ

※本日は運転をして来られましたか。 はい・いいえ

※きぬがわ眼科をどのようにしてお知りになりましたか。

家族・知人 ホームページ 看板 電話帳 他医院より その他