

診療申し込み・問診票

ふりがな		性別		大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	様	男・女	生年月日				() 歳
ご住所	〒 -						
お電話	第1連絡先	-	-	第2連絡先	-	-	-

(1) 本日はどのような交通手段で来院されましたか。

1.自分で車やバイクを運転して来院 2.その他(電車・バス・自転車・徒歩・家族の運転等)

(2) 本日はどうなさいましたか。いつから・どのような症状があるのかを具体的にご記入下さい。

※当院での眼鏡作成・処方箋発行希望の場合は、後日改めてご予約となります。

※当院ではコンタクトレンズの処方はおこなっておりません。

(3) 眼鏡は使用していますか。

いいえ・はい → 遠く用(運転用や普段使い)・近く用(老眼鏡)・遠近両用・その他
現在使用している眼鏡を作成した時期はいつ頃ですか。()前ごろに作成

(4) コンタクトレンズは使用していますか。

いいえ・はい → ハード・ソフト(1day / 2week / 1month / その他)

(5) 現在まで下記の病気に、かかれたことはありますか。

高血圧・糖尿病・前立腺肥大・心臓病・腎臓病・肝臓病・脳梗塞・なし
その他()

(6) アレルギーはありますか。

花粉症・喘息・アトピー性皮膚炎・食べ物・薬の副作用・なし
その症状()

(7) 今まで下記の手術をしたことがありますか。

白内障手術・緑内障手術・硝子体注射・レーザー治療・レーシック・なし
その他()

(8) 診察する先生のご希望はありますか。

順番が早い先生・小島院長・尾股副院長・その他()先生

(9) 女性の方のみお答え下さい。現在、妊娠(可能性を含む)または授乳中でいらっしゃいますか。

いいえ・はい → 妊娠()ヶ月・授乳中