

問診票

フリガナ

お名前

生年月日(T.S.H.R)

年 月 日 男・女

ご住所 〒

お電話 (当院からかけさせていただける番号)

自宅・携帯

(1) 今日はどうされましたか？

頃から (右・左・両)眼が

- | | | |
|------------|-----------|--------|
| ・見えにくい、かすむ | ・ゴミ、光が見える | ・眼が痛い |
| ・物がゆがむ | ・ゴロゴロする | ・瞼がはれた |
| ・充血する | ・メヤニが出る | ・かゆい |
| ・ドライアイ | ・涙がでる | ・眼が疲れる |
| ・その他(| |) |

・定期検査

・学校や検診の結果

(病名:

) (内容:

)

・コンタクトレンズを作りたい

・メガネを作りたい

・近視進行予防薬(アトロピン)希望

・オルソケラトロジー処方希望

(2) 今まで治療した眼の病気や現在使用中の眼科のお薬はありますか？

眼の病気 … なし ・ あり → 病名:

眼のお薬 … なし ・ あり → 薬もしくは治療名:

(3) お身体に現在治療中の病気はありますか？

ない ・ あり → 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ アトピー
花粉症 ・ その他()

(4) お薬アレルギーはありますか？

ない ・ あり → 薬剤名:

(5) 当院は医療機関のみで取り扱うサプリメントによる治療の補助に取り組んでいます。

関心はございますか？ ない ・ あり

(6) 参考までに当クリニックを何でお知りになりましたか？

・知人、家族の紹介
・通りがかり

・ホームページを見て
・チラシ ・その他()

・掲示板等の広告