

浅野眼科 問診票

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳

郵便番号 〒 _____ 1歳未満の方は () ヶ月

ご住所 _____

電話番号 () _____ 携帯番号 () _____

勤務先名 _____ 電話番号 () _____

1. 本日はどのような理由で来院されましたか？

< 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 >

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 目が赤い | <input type="checkbox"/> ゴロゴロする |
| <input type="checkbox"/> 目が痛い | <input type="checkbox"/> 見えにくい |
| <input type="checkbox"/> 目が乾く | <input type="checkbox"/> 健診でひっかかった |
| <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 眼鏡をつくりたい |
| <input type="checkbox"/> ものもらい | <input type="checkbox"/> コンタクトをつくりたい |
| <input type="checkbox"/> メヤニがでる | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 涙がでる | |

2. 上記の症状があるのはいつからですか？ (月 日頃から)

3. これまで体(目以外)の病気をしたことがあるかたは、該当するものにチェックをして下さい。

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 透析 |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> その他 () |

4. 薬や注射、食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？ある方は具体的に教えてください。

- はい ()
いいえ

5. コンタクトの購入希望はありますか？

- 有 (毎日使用予定 ・ 時々使用予定 ・ 要相談)
無

6. *女性の方にお聞きします。

妊娠している、または可能性がありますか？ はい (月) いいえ