

診療申込・問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名	男・女	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所	〒 □□□-□□□□	
☎ 自宅 携帯電話	() ()	

- 今回の受診目的は何ですか。
コンタクトレンズ 眼鏡 オルソケラトロジー
目の不調
いつ頃からですか。 _____
どのような症状ですか。 _____
症状がある部位はどちらですか。 _____
その他 _____
- 今までに薬剤でアレルギー症状を起こしたことはありますか。
いいえ はい→薬剤名【 _____ 】
- 今までに下記の病気や手術歴などがありましたら、記入してください。
緑内障 白内障 糖尿病 花粉症・鼻炎 喘息 アトピー
斜視 レーザー治療 その他 _____
- 現在ご使用中のお薬がありましたら記入してください
※現在使用されていない直近1ヶ月以内の処方薬もご記入ください。
いいえ はい→点眼【 _____ 】
内服薬【 _____ 】
その他【 _____ 】
- コンタクトレンズや眼鏡を使用していますか。
コンタクトレンズ 眼鏡 両方とも使用している 使用したことない
- 女性の方のみお答えください。
妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり
授乳中ですか いいえ はい
- 当院をどのようにお知りになりましたか。
ご家族・友人からの紹介 ホームページ 通りがかり
検索サイト その他 _____

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出願います。