

# 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。