

問診票

(ふりがな)

氏名

男・女

生年月日

大正・昭和

平成・令和

年

月

日

(年齢)

)

住所

電話

携帯電話

- 現在、治療中の疾患はありますか？（たとえば高血圧・糖尿病・ぜんそくなど）
※「はい」に○を付けた方は疾患名をご記入ください。

いいえ

はい 病名（

）

- 現在服用している薬はありますか？

いいえ

はい 薬名（

）

- 体に合わない薬はありますか？

いいえ・はい 薬名（

）

- 屈折矯正手術（レーシックなど）は受けていますか？

いいえ・はい（いつ頃）

（病院名）

- あなたの眼はいつから、どのように具合が悪いのですか？
（たとえば、右眼のメヤニ、両眼がかすむ、など）

.....
.....
.....
.....
.....

※女性のみお答えください。

現在妊娠されていますか？

いいえ・わからない・はい（

週目）

現在授乳中ですか？

いいえ・はい