問診票

年　　月　　日

ふりがな　　T・S・H

お名前　　男・女　生年月日　　年　　月　　日

〒　　－　　ご職業

ご住所

TEL　　携帯

1. どのような症状で受診されましたか
   右目 ・ 左目 ・ 両目

2. いつ頃からですか

3. 今までに目の病気や手術をしたことはありますか　　ない ・ ある
   病 名:　　いつ
   手術名:　　いつ

4. 普段、コンタクトレンズを使用しますか？
   ハードレンズ ・ ソフトレンズ （ 1day ・ 2week ・ 1month ・ 通年性 ）
   商品名:

5. 今までに薬や注射が原因でじんましんがでたり、具合が悪くなったことはありますか
   ない ・ ある （ 薬品名:　　）

6. その他の病気はありますか　　ない ・ ある
   高血圧　糖尿病　心臓病　腎臓病　喘息　脳梗塞　前立腺肥大症
   その他 （　　）

7. 現在服用中のお薬はありますか　ない ・ ある
   薬品名（　　）

8. 女性の方のみお答えください
   妊娠していますか　はい（　　週）　いいえ
   授乳中ですか　はい　いいえ

＊ご記入いただいた個人情報は診察目的以外には使用致しません

にしむら眼科