

申込書

(新患・変更・再発行)

フリガナ		性別	生年月日	年齢	電話番号
お名前		男・女	大昭平 年 月 日	才	() -
ご住所	〒 -	メガネの使用		コンタクトレンズの使用	
		1、常時使用 2、コンタクト使分け 3、使用していない		1、使用していない 2、使用している (ハード・ソフト・使い捨て)	
来院動機	※該当するもの全てに○を付けてください。 01.インターネットで検索(PC・スマホ) 02.ホームページを見た 03.紹介(家族・知人) 04.看板 05.通りすがり 06.その他()				
職業	01:学生 02:会社員 03:公務員 04:自営業 05:主婦 06:フリーター 07:その他()				
主訴	・いつ頃() 日前・週間前)から、(両眼・右眼・左眼)が、 ・痛い・かゆい・ゴロゴロする・目やにが出る・かすんで見える・セカンドオピニオン希望 ・腫れ・充血・その他()・異物感				
備考	コンタクトレンズ処方 希望する・希望しない			申込日	年 月 日
	眼鏡処方 希望する・希望しない			ID	
				カルテNo	

問診票

- 今までに目の病気やケガをしたことはありますか。
ない あるいは 病名()
- 糖尿病、高血圧、心臓病、全身疾患の診断を受けたことはありますか。
ない あるいは
- 点眼薬、内服薬等のアレルギーはありますか。
ない あるいは 薬名()
症状()
- 現在、使用中の薬はありますか。
ない あるいは 薬名()
- 視力が落ち始めたのは何歳の頃からですか。
() 歳頃
- 現在使っている眼鏡はいつ頃作った眼鏡ですか。
() 年前
- コンタクトレンズを使ったことはありますか。
ない あるいは(ハード・ソフト・使い捨て)
- 今までにコンタクトレンズが原因で眼科で治療を受けたことはありますか。
ない あるいは 具体的に()
- 女性の方へお聞きします。現在妊娠されていますか。又は、その可能性はありますか。
はい いいえ