

ふりがな

氏 名

男 女

生年月日

大 昭 平 令

年

月

日

年 齡

歳

住所

電話番号 ()

—

緊急連絡先 ()

—

紹介状 有 ・ 無

本日の症状

いつからですか

どちらの目ですか 右 左 両眼

その他 眼瞼 目頭 目尻

該当するものに○をつけてください

みにくい いたい 黒いものがちらつく まぶしい

かゆい ころころする 涙が出る めやに 充血

視力検査 会社の健診で受診 メガネの処方せん希望

その他気がついたことがあれば記入してください

当てはまる項目がある方は○をつけてください

糖尿病 心臓病 高血圧 喘息 透析 脳梗塞 アトピー

妊娠 (ヶ月) 授乳中 眼瞼形成 まつエク レーシック眼

その他 ()

薬のアレルギーについて ある () ない

ジェネリック薬品を希望する ()

本日はお車で来院されていますか < はい ・ いいえ >

★内服など処方されている方でお薬手帳をお持ちの方は、この問診票と一緒に窓口に提出してください