

問診表

フリガナ

お名前 _____ (男・女)

大・昭・平・令 年 月 日生(才)

ご住所 〒(_____)

電話番号(携帯) _____

1. 本日はどのようなことで、来院されましたか？

症状がある (例:右眼の目ヤニ、両目が霞むなど)

いつ頃から・・・

どのような・・・

コンタクトレンズ・メガネ処方

健康診断で異常を指摘されたため

2. 高血圧や糖尿病など、何か持病がありますか？

なし あり (病名 _____)

3. 体に合わない薬はありますか？

なし あり (病名 _____)

4. 当院をどのようなきっかけで知りましたか？

クリニック前の看板 クリニックのHP タウンページ

家族・知人からの紹介 医療機関からの紹介 その他(_____)