

問診表

フリガナ

名前 _____ (男 ・ 女)

大・昭・平・令 年 月 日生 (才)

住所 〒(_____)

携帯 _____ (自宅 _____)

1. 本日はどのようなことで、来院されましたか？

診療

•どのような症状がありますか (例:昨日から右眼のメヤニなど)

•今まで目の病気にかかったことがありますか (例:緑内障、白内障など)

メガネ処方

コンタクトレンズ (希望のメーカーがあればご記入ください)

健康診断で異常を指摘された

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、アレルギーはありますか？ なし あり

薬剤名等