

診療申し込み・問診票

以下は診療に必要な事柄ですのでご協力くださいませ。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

記入日： 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
お名前	様 男・女			
ご住所	〒 -	ご 職 業		
お電話	(ご自宅) - - (携帯等) - -			

この度は、 どのような症状 で来院なさいましたか？	1) いつ頃から [どちらの眼が 右眼 左眼 両眼 症状 [2) コンタクトレンズ処方ご希望 ※眼の状態等により、処方できない場合もございます ご経験 (装用経験あり ・ 全く初めて) ご希望 (使い捨てソフト (1日 ・ 2週間 ・ 1か月) ・ 常用ソフト ・ ハード)
今までに 目の病気や手術 をされたことがございますか？	ない ・ ある (時期 頃) ※病名 () 受診された眼科名 ()
現在治療中の 病気や服用中のお薬 はございますか？	ない ・ 高血圧 、 糖尿病 、 心臓病 、 脳梗塞 、 腎臓病 、 喘息 、 前立腺肥大 、 その他 () ※受診中の病医院名 () 服用中の薬品名 ()
薬・食物・検査アレルギー を起こしたことがございますか？	ない ・ ある (薬品・食物・検査名：)
当院をお知りになった きっかけ は？	ホームページ ・ 駅の看板 (永福町駅 ・ 明大前駅) ・ 建物外壁 (井の頭通り沿い) の看板 ・ ご紹介 (アイシティ ・ 様) ・ 通りすがり ・ その他

女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠・授乳中でいらっしゃいますか？ (いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 授乳中)