

《 問診票②(眼鏡・CL用) 》

■NO : _____

■記載日 : _____ 月 _____ 日 ()

(フリガナ) _____

■氏名 _____ (男 ・ 女)

■生年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生 ■年齢 (満 _____ 才)

■住所 〒 _____ - _____

■電話(連絡が取れる番号) _____ (_____)

【1】 どうされました？

(_____)

【2】 ◇メガネをお持ちの方(○ をつけて下さい)

() いつもかけている

() 必要な時だけかけている(老眼鏡・遠方視用)

◇いつ頃作成しましたか？(昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 頃)

◇コンタクトレンズを使用されている方(○をつけて下さい)

()ソフト ()ハード () 使い捨てレンズ メーカーは？ (_____)

現在お使いのコンタクトレンズはいつ頃に作製しましたか？

(右 _____ 左 _____)

【3】 今までに眼の病気をされたことがありますか？

ない ある(どのような？ _____)

【4】 アレルギー・過敏体質(アトピーなど) がありますか？

ない ある(どのような？ _____)

【5】 眼以外の病気にかかったことがありますか？

ない ある(どのような？ _____)

当院をどこでお知りになりましたか？

1.他の病院からの紹介 2.人づて(どなたからですか？ _____)

3.当院の看板 4.電柱広告 5.駅広告 6.通行中 7.インターネット

8.その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。

医療法人社団 順孝会

