

・再診問診票・

※お名前、住所、電話番号の変更がある場合は必ずご記入お願いいたします。

ふりがな

名前 _____

住所〒 _____

電話番号 _____

* 症状をお聞かせ下さい。

- 右眼 左眼 両眼
- 見えにくい かすむ
- 視力が落ちた ぼやける
- 眼鏡作成希望
- コンタクト作成希望
- 何かが飛んで見える
- 痛い (表面的 ・ 目の奥)
- かゆい
- メヤニが出る
- 違和感がある
- 異物感がある
- ぶつけた
- 乾く (何に?)
- 充血している
- 涙が多く出る
- 腫れた
- その他 (_____)

* それはいつからの症状ですか？

- { _____ } 年前
- { _____ } カ月前
- { _____ } 日前

* 持病について

- 高血圧
- 糖尿病
- 高脂血症
- ぜんそく
- 心臓病
- その他 (_____)

* 服用中の薬名

(_____)

* アレルギーの有無

- あり なし

(_____)

* その他伝えておきたいこと

(_____)

* 本日の乗り物運転

- あり なし

* 受診時、サービス送迎車をご利用されますか？

- はい いいえ 必要時

* 女性のみ

現在、妊娠・授乳をされていますか？

妊娠 あり (_____ カ月) なし

授乳 あり なし