

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏 名		T・S・H 年 月 日 () 才
住 所	〒 -	
T E L	() -	

①あてはまるものに○を付けて下さい。

- ・白内障検査
- ・緑内障検査
- ・眼底検査
- ・コンタクトを作りたい
- ・検診、人間ドックで () といわれた
- ・かゆい
- ・痛い
- ・その他 ()

②他の病院で治療中の病気はありますか？

- ・特にない
- ・ある → 糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞
その他 ()
→ その病院はどちらの病院で ()

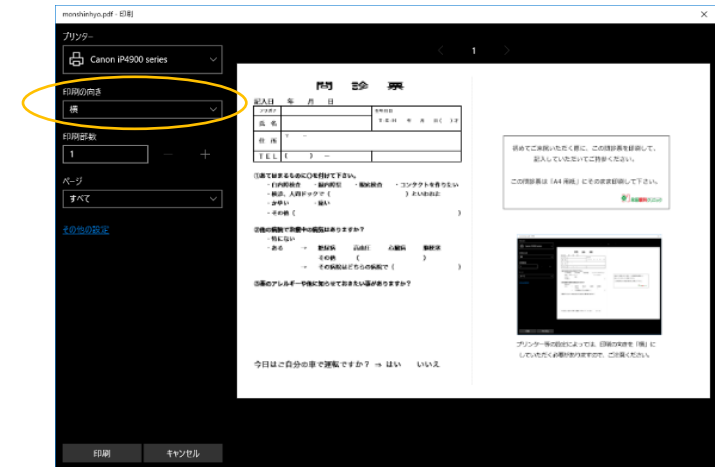
③薬のアレルギーや他に知らせておきたい事がありますか？

④妊娠中の方は記入してください (現在 ヶ月 予定日 年 月 日)

今日はご自分の車で運転ですか？ ⇒ はい いいえ

初めてご来院いただく際に、この問診票を印刷して、
記入していただいでご持参ください。

この問診票は「A4用紙」にそのまま印刷して下さい。



プリンター等の設定によっては、印刷の向きを「横」に
していただく必要がありますので、ご注意ください。