問　診　票

記入日　　年　　月　　日

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

①あてはまるものに〇を付けて下さい。

・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？

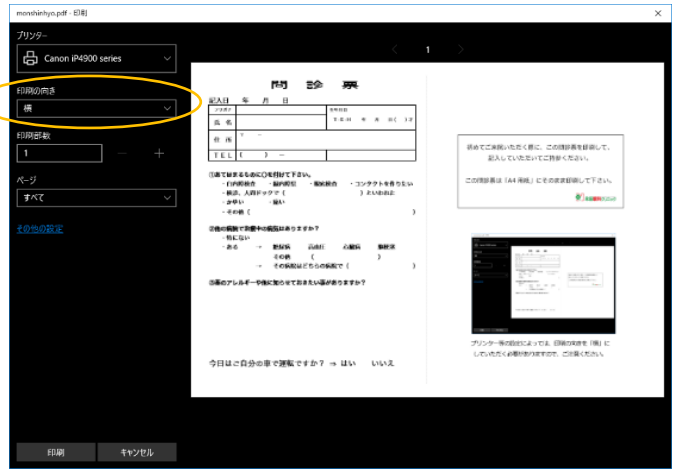
④妊娠中の方は記入してください（現在　ヶ月　予定日　　年　　月　　日）

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、
記入していただいてご持参ください。

この問診票は「A4 用紙」にそのまま印刷して下さい。

永田眼科クリニック NAGATA EYE CLINIC



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。