

眼 科 問 診 表

診察の参考にいたしますので、下記の設定にご記入お願いいたします。

フリガナ ()

お名前 () 電話番号 (- -)

住所 (〒 -)

1. 1) 症状または、相談したいことは何ですか。

2) いつからですか。

3) それに関して、何か治療を受けたことがありますか。

ある (いつ) どこで) ない

2. 今まで、眼に関する病気をしたことがありますか。

ある (病名、いつ) ない

3. 眼以外の病気をしたことがありますか。

ある (高血圧、糖尿病、その他) ない

4. 輸血、手術、麻酔を受けたことがありますか。

ある (いつ) ない

5. アレルギー (薬、食物、喘息、アトピーなど) はありますか。

ある () ない

6. 緑内障・白内障・視力の検査をご希望される方は、○をお願いいたします。

緑内障 白内障 視力

7. 当院をどこでお知りになりましたか？ ○をお願いいたします。

知人家族()の紹介・駅・電柱看板・バス車内放送・電話帳

・ インターネット・ホームページ・その他 ()

ご記入ありがとうございました。

長後駅前眼科