

石川眼科 問診表

(代筆の場合)

(フリガナ)

名前

受診者との関係：

住所〒

電話番号

① 今日、どういうことで来院されましたか？

例) 右目が昨日の夜から痛い、左が見えにくい、コンタクトがほしい、など

② 今までにかかった病気がありますか？

なし・あり→ありの場合は、下の当てはまるものに○をつけてください。

糖尿病・ぜんそく・心臓病・そのほかの場合は具体的に

(

③ 現在、服用されているお薬はありますか？

※くすり手帳があれば、受付に出してください。その場合、薬名は記入不要です。

いいえ・はい (お薬名

④ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？

いいえ・はい (ある場合は具体的に

⑤ 女性の方のみ、妊娠していますか？ (はい (週目) ・ いいえ ・ わからない)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

⑥ 今、コンタクトレンズを装用していますか？ (はい ・ いいえ)

⑦ ①でコンタクトレンズご希望の方

- ・ コンタクトレンズは初めてですか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 本日、メガネを持参されましたか？ (はい ・ いいえ ・ 作っていない)
- ・ どのようなコンタクトレンズをご希望ですか？

例 1 day タイプ、安いもの、濁きにくいコンタクト、メルスプランなど