

問診表

フリガナ

名前 (男 ・ 女)

大・昭・平・令 年 月 日生 (才)

住所〒 (—)

携帯 — — 自宅 (— —)

1. 本日はどのようなことで、来院されましたか？

診療

どのような症状がありますか（例：昨日から右眼のメヤニなど）

()

今まで目の病気にかかったことはありますか（例：緑内障、白内障）

()

メガネの処方箋希望

コンタクトレンズ（希望のメーカーがあればご記入ください）

()

2. 高血圧や糖尿病など何か持病がありますか？ なし あり

病名 ()

3. 体に合わない薬、アレルギーはありますか？ なし あり

薬剤名等 ()

4. 当院を何で知りましたか？

看板（バス・電車） チラシ Google などのネット検索 ホームページ

紹介（友人・家族） 裾野医院からの紹介 その他 ()