

たなか眼科問診票

お手数ですが、ご記入お願いします

| | |
|------|------------------------|
| ふりがな | |
| お名前 | 男・女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| 〒 - | |
| ご住所 | 電話番号 |

[当てはまる項目に○をつけてください]

【1】どんな症状ですか?

見えにくい 目やに 目が痛い 目がかゆい コンタクトレンズ希望

その他

【2】どちらの目ですか?

両方 右目 左目

【3】いつからですか?

【4】身体の病気はありますか?

ない 糖尿病 高血圧 その他

【5】お薬でアレルギーが出たことはありますか?

ない ある どのようなお薬でしたか?

【6】これまで眼科を受診したことはありますか?

ない ある どのように言われていましたか?

ご記入ありがとうございました