

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男 ・ 女	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
			年 月 日 (歳)
ご住所	〒		
お電話 (自宅)	() -	お電話 (携帯)	() -

■ 本日はどうされましたか？

<input type="checkbox"/> 一般診療	<input type="checkbox"/> メガネを作りたい
<input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい (初めて ・ 経験者)	

■ どのような症状ですか？ < 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 >

■ いつ頃からですか？ () 日前から () 週間前から () ヶ月前から

■ 今までに眼の病気にかかったことがありますか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病名 :)
-----------------------------	-------------------------------------

■ 現在かかっている病気はありますか？ (ない ・ ある)

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 鼻炎
<input type="checkbox"/> その他 ()					

■ 今までにアレルギー体質と言われたことがありますか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (具体的に :)
-----------------------------	---------------------------------------

■ 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬剤名 :)
-----------------------------	--------------------------------------

■ 女性の方のみお答えください

現在、妊娠されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい (週目)
授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	