

初診申込書 兼 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名		性別 男・女	生年 月日	明治・昭和	年	月	日
				大正・平成	(歳)
住所	〒						
連絡先	①			②			
職種				紹介先			

1 なぜ、当院を希望されましたか。 ()

2 いつ頃から、どのように、困っていますか。どんな治療を受けましたか。詳しくご記入ください。

治療を始める前の眼圧 右眼： _____ 左眼： _____ ・最近の眼圧 右眼： _____ 左眼： _____

レーザーや手術治療 右眼： _____ 年 _____ 月頃 【 レーザー / 手術 】

左眼： _____ 年 _____ 月頃 【 レーザー / 手術 】

治療を受けた病院名：【 _____ 】

現在使用中の目薬 名前：(_____) 右眼・左眼 /1日(_____)回

名前：(_____) 右眼・左眼 /1日(_____)回

名前：(_____) 右眼・左眼 /1日(_____)回

3 コンタクトレンズ使用歴

なし / ・現在使用している ・過去使用した事がある

【 ・ハード ・ソフト ・1日交換 ・2週間交換 ・1ヶ月交換 】

4 血のつながった家族で、眼の病気にかかった事のある人はいますか？

いいえ / はい → 緑内障 ・ その他【 _____ 】 続柄【 _____ 】

5 アレルギーはありますか？

いいえ / はい → ・薬 ・花粉 ・食物 ・金属 ・その他 (_____)

6 これまで異常を指摘されたことのある、眼科以外の病気はありますか。(すべてに○をして下さい)

なし / ぜん息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心疾患 (不整脈・心不全・狭心症) ・ 肝臓 ・ 腎臓

アトピー性皮膚炎 ・ その他皮膚疾患

その他【 _____ 】