問診表

ふりがな お名前 男∙女 Ŧ 住所 明治 • 大正 • 昭和 • 平成 牛年月日 年 月 日()才 電話 以下の質問に 〇 で答えてください 1、どうなさいましたか? -目が赤い -目がかゆい 目が痛い・目やにが出る ・目が疲れる - 乾燥する リンパ腺が痛い - 見えにくい ・風邪ぎみ ・目ばちこ •その他(- 眼鏡を作りたい) ・コンタクトレンズを作りたい (ソフトレンズ ・ ハードレンズ) 今コンタクトを使用していますか? ・いいえ → 使用経験 有・無 ・はい コンタクトの種類・度数が コンタクトの名前 わかる方のみご記入下さい 右眼 左眼 •検診 2、どちらの目ですか? (右・ 左 両) 3、いつからですか? 今日 ・ 昨日 ・ その他(日前) 4、今まで目の大きな病気にかかったことがありますか? ある(年 月 病名: -ない) 緑内障がありますか? はい・ いいえ 糖尿病がありますか? はい・ いいえ 高血圧がありますか? はい・ いいえ 最後に差し支えなければ当院をお知りになられたきっかけをお答え下さい 知人・家族からの紹介 ・インターネット ・リビング - その他 (· 🗆 🗆 🖹)