

ふりがな

氏名 _____ 様 男・女 明大昭平 年 月 日生

〒

住所 _____

自宅電話() - 携帯 - -

●今日受診した理由についてお書きください

いつから? 今日きのう()日前 ()週前 ()月前 ()年前
その他 ()

どちらの眼に? 右 左 両眼 不明

どんな症状が?

見づらくなっていますか? はい いいえ

視力検査をしますか? はい いいえ

●治療中の眼の病気があればお書きください

病名()くすり()

●コンタクトレンズについて

ふだん使っていますか? はい→種類() いいえ

今日つけてきていますか? はい いいえ

●あてはまるものがあれば、□に✓を入れてください

車を運転してきた 妊娠中、 授乳中

糖尿病、 高血圧、 こうげん病、 アレルギー性疾患、

気管支喘息、 ウイルス性肝炎、 伝染性疾患、

●その他、通院中の病気があればお書きください

()

●今まで合わなかった薬、目薬などあればお書きください

()

●麻酔で具合が悪くなったことがありますか? はい いいえ

●薬手帳を持っていますか? はい いいえ

問診票

初診の方は、左記にご記入してお持ちいただくと
受付がスムーズです。



札幌市厚別区厚別中央2条5丁目7番2号サンピアザ3F

TEL:011-890-2363

携帯:090-2815-2363