

問 診 票 (眼鏡・CL用)

(フリガナ)

■ 氏 名 _____ (男・女)

■ 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生 ■ 年 齢 (満 才 ヲ月)

■ 住所 〒 _____

_____ ☎ ()

_____ ☎ ()

【1】 どうされました？

【2】 ◇メガネをお持ちの方 (○をつけて下さい)

() いつもかけている

() 必要な時だけかけている (老眼鏡・遠方視用)

◇いつ頃作成しましたか？ (平成 年 月頃)

◇コンタクトレンズを使用されている方 (○をつけて下さい)

() ソフト () ハード () 使い捨てレンズ
メーカーは？ ()

現在お使いのコンタクトレンズはいつ頃に作製しましたか？

(右 _____ 左 _____)

【3】 今までに眼の病気をされたことがありますか？

ない ある (どのような？ _____)

【4】 アレルギー・過敏体質 (アトピーなど) がありますか？

ない ある (どのような？ _____)

【5】 眼以外の病気にかかったことがありますか？

ない ある (_____)

当院をどこでお知りになりましたか？

1.他の病院からの紹介 2.人づて (どなたからですか？ _____)

3.当院の看板 4.電柱広告 5.駅広告 6.通行中

7.その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。