

問 診 票

ふりがな		〈生年月日〉 明・大・昭・平 年 月 日 才
お名前	男女	
郵便番号	〒	電話番号 (- -) 携帯番号—必ずご記入ください (- -)
ご自宅住所		
職 業	くわしく・例：事務でパソコンをよく使用する	現在のんでいる薬 なし あり ()

- (1) どうしましたか？ (右眼・左眼・両眼)
目が赤い・かゆい・痛い・腫れた・目やに・ゴロゴロ・まぶしい
メガネを作りたい・セカンドオピニオン・治験参加希望
その他 ()
- (2) いつ頃からですか？
()
- (3) 今まで、目の病気にかかったことがありますか？
いいえ
はい → 病名 ()
- (4) 下記の病気にかかったことがありますか？
○印をして下さい
高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・ガン
アレルギー (具体的に)
その他 ()
- (5) 薬・注射で具合が悪くなったことがありますか？
いいえ
はい → どんな薬・注射ですか？ ()
どうなりましたか？ ()
- (6) 女性のかたに・・・現在妊娠・授乳中ですか？
はい ・ いいえ
- (7) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？
他院・知人・ご家族()様からのご紹介・当ビル他科に来院して
緑内障ネットワーク・看板を見て・HP・テレビ・他 ()
- (8) 当院に受診されたために、取得された検査・治療の結果を、
個人情報にはふれる事なく科学的なデータのみを、医学の発展の為に
臨床研究に使用させて頂く事がございます。
賛同できない場合は院長までお申し出ください。