

秋山みつる眼科

眼ドック申込・問診票

フリガナ	性別	生年月日			
氏名	男・女	明治 昭和	大正 平成	年	月 日
住所 〒					
※本日の結果を郵送致しますので、正確にご記入下さい。					
電話番号 ()					

●現在何か症状や、気になることはありますか？
(該当する項目にチェックをつけて下さい)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 両眼 | <input type="checkbox"/> 飛蚊症 |
| <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 | <input type="checkbox"/> 眼が痛い |
| <input type="checkbox"/> 視力低下(かすむ) | <input type="checkbox"/> ものがゆがんでみえる |
| <input type="checkbox"/> 目やにがでる | <input type="checkbox"/> 視野狭窄 |
| <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 眼に何かが入った |
| <input type="checkbox"/> 充血している | <input type="checkbox"/> 眼が疲れる、重い |
| <input type="checkbox"/> 眼をぶつけた | <input type="checkbox"/> 白内障 |
| <input type="checkbox"/> ゴロゴロする | <input type="checkbox"/> 緑内障 |
| <input type="checkbox"/> かわく | <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 |
| <input type="checkbox"/> 涙がでる | |
| <input type="checkbox"/> その他、気になることがございましたらご記入下さい | |

()

●いつ頃からですか？ ()

●コンタクトレンズを装用している・または装用していたことはありますか？
 あり (種類) なし

●今まで薬や食べ物に対するアレルギーがありましたか？
 あり ⇒ 薬や食べ物の種類() なし

●現在かかっている病気はありますか？
 糖尿病 高血圧 その他の病気()

●現在おかけの病院はありますか？
 はい(病院名:) いいえ