

問診票

年 月 日

カルテNo. ()

ふりがな	
お名前	生年月日 年 月 日
〒 - ご住所	※当院より忘れ物や予約変更などで連絡する場合がございます。 自宅番号 携帯番号 続柄 ()

《症状》

- メガネ 使用なし / あり (近用 遠用 遠近両用)
- コンタクト 使用なし / あり (装用中 外している)
(ハードレンズ 1DAY 2WEEK / カラーコンタクト 度入り・度なし)

《病歴》 ※受付へお薬手帳のご提示をお願いします。

病院名

糖尿病(HbA1c %) 喘息 高血圧 心疾患 脳疾患

その他()

《手術歴》 あり なし
()

《アレルギー》 あり なし
()

【女性の方のみ】 妊娠中 (w) 授乳中

【来院手段】 運転(車 / バイク / 自転車) 送迎 その他

※ご不明な点がございましたら、受付へお声掛け下さい。