

# 目の健康診断 問診票

ふりがな		記入年月日	
氏 名	男	TEL (自宅)	- -
	女	TEL (携帯)	- -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	年齢	歳
ふりがな			
住 所	〒 -		

(1) 眼の健康診断を受けたい。

ア) 眼のチェックコース

イ) 眼のドックコース

(2) 今までに眼の病気・手術をしたことが ( ある ・ ない )

「ある」とお答えの方 病名 ( )

(3) 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください

・糖尿病 ( 年 月頃より ・HbA1c \_\_\_\_\_%)

・高血圧 ・心臓病 ・喘息 ・鼻炎 ・不整脈 ・心筋梗塞 ・脳梗塞

・その他 ( )

(4) 今までに薬・食物などでアレルギー症状をおこしたことが ( ある・ない )

「ある」とお答えの方 (薬剤名・食物名: )

(5) 妊娠している、またはその可能性がありますか ( ある ヶ月・ない )

(6) コンタクトを使用して (いる 【ハード・ソフト】・ いない)

(7) レーシック手術をしたことが ( ある ・ ない )

(8) 睫毛エクステをしたことが ( ある ・ ない )

(9) 血縁者に緑内障の方が ( いる ・ いない )

眼科検診をどのようにしてお知りになりましたか? あてはまるものを○で囲んでください。

- ・梅北眼科で受診したことがある
- ・お知合い(ご家族、ご友人)からのご紹介
- ・電話帳を見て
- ・梅北眼科のホームページを見て
- ・グランフロントで勤務しているため (会社名・店舗名: )
- ・その他 ( )