

# 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	〒		
<p>(1) 目の健康診断を受けたい。</p> <p>ア) 目のチェックコース</p> <p>イ) 目のドックコース (視野検査オプション 有・無) *視野検査は 5,000 円(税込)  (OCT アンギオオプション 有・無) *OCT は 3,000 円(税込)</p> <p>(2) 今までに眼の病気・手術をしたことが (ある・ない)</p> <p>「ある」とお答えの方 病名 ( )</p> <p>(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</p> <p>・糖尿病 ( 年 月頃より ・HbA1c _____%)</p> <p>・高血圧 ・心臓病 ・喘息 ・鼻炎 ・不整脈 ・心筋梗塞 ・脳梗塞</p> <p>・その他 ( )</p> <p>(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)</p> <p>「ある」とお答えの方 (薬剤名・食物名: )</p> <p>(5) 妊娠している、またはその可能性がありますか (ある 月・ない )</p> <p>(6) コンタクトを使用して (いる 【ハード・ソフト】・ いない)</p> <p>(7) レーシック手術をしたことが (ある・ない )</p> <p>(8) 睫毛エクステをしたことが (ある・ない )</p> <p>(9) 血縁者に緑内障の方が (いる・いない )</p>			
<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・梅北眼科で受診したことがある</li> <li>・お知合い(ご家族、ご友人)からのご紹介</li> <li>・電話帳を見て ・梅北眼科のホームページを見て</li> <li>・グランフロントで勤務しているため *会社名・店舗名:</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			