

予診表

ふりがな

ご氏名 (歳) ご職業

ご自宅 () - 勤務先 () -

いつごろからどのようになってご来院されましたか？

現在どこかで眼の治療を受けておられますか？ (うけていない・うけている)

病名 病院名

ご家族で次の病気の方がおられましたら で囲んで下さい。

網膜色素変性症(とり眼) ・白内障 ・緑内障 ・網膜剥離
斜視・色覚以上・糖尿病

メガネかコンタクトレンズを使用していますか。

- 1.使用していない
- 2.メガネ使用 (持参した・持参してないない)
- 3.コンタクトレンズ使用 (ハードレンズ・ソフトレンズ)

他の病気で現在治療していますか (していない・治療している)

病名 病院名

これまでにかった病気があれば で囲んで下さい。

高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・結核・肝臓疾患・その他 ()
体の手術をされたことがありますか。(ない・ある)

病名 病院名

薬物アレルギーについて今まで薬や注射であわなかったことは？(ない・ある)

内容

現在妊娠していますか (いいえ・はい)

期間 ヶ月 病院名

予診者サイン ()