

ア ジ サ イ 眼 科 問 診 票

年 月 日

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日 才
電話番号	
住 所	〒

以下、○で囲んだり、記入をして下さい。

① 眼の症状はありますか？

視力低下 歪み 視野欠け 飛蚊症 かゆみ メヤニ 痛み 腫れ

その他： _____

② その症状は、いつからですか？

③ 希望する検査、治療はありますか？

*眼やまぶたの状態が悪い場合、または視野・眼底検査を行う場合、

本日はコンタクト処方箋を出せません

④ 現在、治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 妊娠 ・ その他： _____

⑤ 以下の手術を受けたことがありますか？

LASIK ・ PRK ・ 緑内障

⑥ 薬のアレルギーはありますか？ 薬の名前： _____

☆ 当院を何でお知りになりましたか？

紹介 ・ ブログ ・ 眼科ホームページ ・ イオンモール成田ホームページ ・

入口やイオンの看板 ・ 電話帳 ・ コンタクト販売店 ・ 眼鏡販売店