Misato Eye Clinic
みさと眼科クリニック

問　診　票

記入日

お　名　前　　年齢（　　）才　　男・女

生年月日　明・大・昭・平・　　年　　月　　日　　ご職業・学年（　　）

ご　住　所　　ケイタイ　（　　）
お電話　（　　）

1. 症状についておうかがいします。（**どちらの目　どのような症状　いつ頃**からですか）

クリニック記入
眼底検査　可・不可

2. 今まで**他の眼科**で治療されたことがありますか？
あれば病院名と治療内容について、できるだけ詳しくお書き下さい。

な　い　・　あ　る　（いつ頃：　　病院名：
治療内容：　）

3. 運転免許は両眼で普通車 0.7（大型 0.8）以上の視力が必要です。
ご心配の方は記入ください。　→（次回免許更新　　年　　月）

4. 現在**メガネ**を使用していますか？　いいえ・はい（遠方専用、老眼鏡、遠近両用）
メガネの処方を希望されますか？　いいえ・はい（遠方専用、老眼鏡、遠近両用）

5. 現在**コンタクト**を使用していますか？　いいえ・はい（ハード、ソフト、使い捨て）
コンタクトレンズの処方を希望されますか？　いいえ・はい（種類　　）

※コンタクトレンズは処方後、視力・フィッティング等の不具合の指導上、指定店からのお渡しになります。

6. 現在なにか**持病**がありますか？　あてはまるものに○をつけて下さい。

な　い　・　あ　る　（糖尿病・高血圧・高コレステロール・高脂血症・ぜん息・心臓病
脳内疾患・肝臓病・腎臓病・精神神経科疾患・その他（　　））

服用している薬はありますか？　な　い　・　あ　る（　　）

7. **アレルギー疾患**はありますか？

な　い　・　あ　る　［ぜん息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・アレルギー性結膜炎・その他］

8. 今まで**薬**で発疹、ショック等の**アレルギー症状**が出たことがありますか？

な　い　・　あ　る　［薬品名　　］

9. **妊娠**可能な年齢の女性の方におうかがいします。
現在妊娠中または、妊娠の**可能性**はありますか？　いいえ　・　はい（妊娠　　ヵ月）