

問 診 票

ふりがな

名前

様

性別：男 女

住所 〒

電話： ()

携帯： ()

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (才)

● 紹介状の有無 有 無

● 結膜母斑 (右 左) いつ頃から:

※レーザー治療希望の場合、下記お読みいただきご了承お願いいたします※

- ・自費診療になります。
- ・診察の結果、レーザー治療にならない事があります。
- ・レーザー治療とならなかった場合、診察代は保険診療となります。
- ・レーザー治療を受けるには、診察後に説明・同意書の記入をしていただきます。
- ・18歳未満の方は、保護者の同伴、承諾が必要になります。
- ・レーザー施行日はコンタクトレンズの装用が出来ませんので外した状態でご来院ください

● 眼科手術歴 無

有 手術名(部位):

手術日: 年 月 日

手術した医院名:

● 薬のアレルギー 無

有 薬剤名()

● 使用中の薬 無 有 {薬手帳持参: 無 有 }

薬剤名 ()

● 現在治療中の病気 無

糖尿病 (HbA1c値: 採血日:) 高血圧症 高脂血症

心臓疾患 喘息 アトピー 緑内障 花粉症

その他 ()

● 女性の方へ、現在妊娠の可能性 無 有 (妊娠 : 週)

● 女性の方へ、現在授乳中 いいえ はい