

ア ジ サ イ 眼 科 問 診 票

年 月 日

ふりがな	
氏 名	
生年月日	T・S・H・R 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？

眼鏡・コンタクト・その他 _____

*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