

屈折矯正手術 問診票

適応検査代：3,000 円(現金のみ)

ふりがな 氏 名	性別 男 ・ 女	生年月日 T S H R 年 月 日 (才)
〒 住 所	携帯番号	
		緊急連絡先 (ご家族等)

◆ご希望の治療方法がありますか？
レーザー屈折矯正手術 (LASIK smile) ICL 相談して決めたい

◆目の病気にかかったことはありますか？
緑内障 糖尿病網膜症 加齢黄斑変性 眼底出血 網膜剥離 ドライアイ 斜視
その他 ()

○目の手術を受けたことがありますか？ ある ない
白内障手術 緑内障手術 その他 ()

◆現在、治療中の身体の病気はありますか？ かかりつけ病院名 ()
糖尿病 高血圧 高脂血症 心疾患 脳疾患 腎疾患 肝疾患 肺疾患 喘息
前立腺肥大 甲状腺異常 慢性関節リウマチ/SLE クローン病/潰瘍性大腸炎 アトピー性皮膚炎
その他 ()

○現在、使用中の内服薬・点眼薬があれば記入してください。(お薬手帳がある方は記入不要です)
手帳 有 無

◆眼瞼下垂手術、二重手術など眼瞼の手術を受けたことがありますか？ ある 予定がある ない
「ある」、「予定がある」とお答えになった方は、時期、手術内容を教えて下さい。
(時期： 手術：)

◆コンタクトレンズを使用されていますか？ いいえ はい (ソフト ハード)
はいとお答えの方 → 本日、コンタクトを付けられていますか？ いいえ はい

◆閉所恐怖症はありますか？ いいえ はい

◆ご来院のきっかけは？
インターネット 看板 雑誌 家あるいは職場から近い 知人の紹介 (様)
他院の紹介 → 紹介状 (ある ない) その他 ()

◆薬、注射などでアレルギーを起こしたことがありますか？ ある ない
「ある」とお答えになった方は、何で、どういった症状がでましたか？
()

◆女性の方に質問です。
○現在、妊娠・授乳されていますか？ いいえ はい (妊娠 か月 ・ 授乳中)

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ いいえ はい マイナンバーカード発行していない
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ありがとうございました。カルテをお作りするまで少々お待ちください。

高島西眼科