

濟生会西条病院

氏名：

眼科問診票

- 【 はい ・ いいえ 】

6. 今までに、目の病気や目の手術をされたことはありますか。

病 名	
い つ	
病院名	

●裏面あり⇒



脑疾患

)

)

【 はい ・ いいえ 】

--

【 はい ・ いいえ 】

● お薬手帳を持参していますか【 はい ・ いいえ 】

ご協力ありがとうございました。

