

コンタクトレンズ問診票

ふりがな _____

〈生年月日〉

お名前 _____ 男・女 (歳) 昭和・平成 年 月 日

〒 _____ 住所 _____

電話番号 (_____) _____ 携帯番号 (_____) _____

1. 今日はどうされましたか 次項目に○又は記入をお願いします。

・コンタクト希望 (初めて・使用中)

※ 初めての方へ

現在眼鏡をお持ちですか? (はい・いいえ)

※ 現在コンタクト使用中の方へ

現在使用しているコンタクトレンズ (ソフトレンズ・ハードレンズ・乱視用・カラー)

使用しているレンズの種類 (1日・2週間・その他)

度数 右 () 左 ()

現在のコンタクトレンズの見え方 (見える・少し見づらい・その他)

2. 今まで目の病気や手術、レーザー治療をしたことがありますか (はい ・ いいえ)

いつ頃: [] 病院名: []
どのような病気(手術): [(右眼・左眼・両眼)]

3. 現在、目薬を使用していますか (はい ・ いいえ)

どのような目薬: 緑内障 白内障 ドライアイ 結膜炎 その他: []
目薬の名前がわかればご記入下さい: []

4. 現在かかっている病気はありますか (はい ・ いいえ)

糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 腎臓病 脳疾患 前立腺疾患 アトピー アレルギー 花粉症
その他: []

6. 現在、何か飲み薬は飲んでありますか (はい ・ いいえ)

お薬の名前がわかればご記入下さい:
[]

7. 今まで薬や麻酔薬などでアレルギーはありましたか (はい ・ いいえ)

具体的にご記入下さい: []

8. 女性の方で該当する方はご記入下さい (妊娠中 ・ 授乳中)

9. 車・バイク・自転車を運転して来院されましたか (はい ・ いいえ)

10. 当院はどのようにお知りになりましたか

・知人/家族からの紹介 ・ホームページ ・看板 ・チラシ

・コンタクトレンズ店からの紹介 ・その他 ()