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（　　）　　―

次の項目に〇又は記入をお願いします。

1. コンタクトレンズは初めてですか　　（ 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＿＿＿＿＿＿

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＿＿＿＿＿＿＿＿　病名＿＿＿＿＿＿

3. 現在かかっている病気はありますか？（ はい ・ いいえ ）

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 脳梗塞 ・ 癌 ・ 統合失調・うつ病 ・神経疾患

喘息 ・ アトピー ・ 花粉症 ・ ステロイドを使用している（ はい ・いいえ）

現在妊娠している・疑いがある＿＿＿ヶ月 ・ 授乳中　その他＿＿＿＿＿＿＿＿

4. アレルギーはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

具体的にご記入下さい　薬剤＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿食べ物＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. 現在、何か飲み薬や点眼をお使いですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6. 当院のコンタクトレンズ処方の流れについて同意いただけましたか（ はい ・ いいえ ）

7. マイナ保険証による診療情報に同意しましたか？ （ はい ・ いいえ ）

8. 他の医療機関からの紹介状をもっていますか？ （ はい ・ いいえ ）

9. 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 ・その他

◎患者さんの容態、あるいは検査の内容により、順番が多少前後する場合がございます。

◎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。

◆医療情報取得加算(初診時)加算1点　（再診時、3ヵ月ごと）加算1点