

# 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 ) \_\_\_\_\_ 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・過去に使用していた)

※ 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 ( )