

コンタクト問診票

当院でクレジットカードでのお支払いを希望される方はクロンスmartパスを事前に登録していただくようお願いいたします。ご不明な場合はスタッフにお尋ねください。

ふりがな _____

お名前 _____ 男・女 (歳) 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 () - 携帯番号 () -

次の項目に○または記入をお願いします

1. 当院ではオンライン資格確認を行う体制を有しています。マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか？ (はい ・ いいえ)
2. メガネはお持ちですか？ (はい ・ いいえ)
※当院では眼鏡をお持ちの上でのコンタクトの処方を行っています。
お持ちでない場合は眼鏡の処方からお願いしております。
3. コンタクトを使ったことがありますか？ (初めて ・ ソフト ・ ハード)
4. 本日で希望のコンタクトレンズは？ (1day ・ 2week ・ カラコン ・ ハード)
※初めてのの方は1day、コンタクトの種類が変わる場合はトライアルからお願いしております。
5. **コンタクトを使用中の方** ※当院で取り扱いのないコンタクトレンズは処方できかねます
現在使用中のコンタクトがおわかりでしたら記入してください
使用中のメーカー () 、レンズ名 ()
度数など B.C 右 () 左 () 度数 右 () 左 ()
6. 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 ・ アトピー ・ 前立腺肥大 ・ 脂質代謝異常
その他 ()
7. 今まで大きな病気や手術 (レーザー含) をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
いつ頃ですか？ () どちらの病院で ()
どの様な病気または手術ですか？ ()
8. 現在何か飲み薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)
お薬の名前がわかれば記入してください ()
※マイナ保険証による情報取得について同意して下さった患者様は記載不要です
9. 今まで薬や消毒剤 (ヨード) でアレルギーはありましたか？ (はい ・ いいえ)
具体的にご記入ください ()
10. 女性の方で該当する方はご記入ください (妊娠中 ・ 授乳中)
11. ご自身で運転をして来院されましたか？ (はい ・ いいえ) 車 ・ バイク ・ 自転車
12. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ご近所 ・ 看板 ・ チラシ ・ インターネット
お知り合いの紹介 () その他 ()