

※ コンタクトレンズの処方箋はお出ししていません。

※ 度数や種類によっては本日お持ち帰り頂けない場合がございます。

コンタクトレンズ問診票

初 既

ふりがな 氏 名	性別 男 ・ 女	生年月日 T S H R 年 月 日 (才)
〒 住 所	携帯番号	
	電話番号	
◆ご希望のコンタクトレンズはありますか？ ハード ・ ソフト使い捨て (1 日交換 ・ 2 週間交換) ・ 遠近両用 ・ 特になし ※ご希望のメーカー、商品名があれば教えてください アルコン ・ ボシュロム ・ ジョンソンエンドジョンソン ・ クーパービジョン ・ シード その他のメーカー () 商品名 ()		
◆どのようなときに使用する予定ですか？	日常的に	休日のみ
◆現在メガネを使用されていますか？	いいえ	はい
◆今までコンタクトレンズを使用していた方のみご記入ください ●本日コンタクトレンズを装用されていますか？ ●コンタクトレンズを使用してトラブルはありましたか？ 「はい」と答えられた方は具体的な症状を教えてください。		
◆他に気になる眼の症状がありますか？	いいえ	はい
※当院への受診が初めての方は以下へのご記入もお願いいたします※		
◆他院からの紹介状をお持ちですか？	いいえ	はい
◆この1年間で健康診断を受診しましたか？	いいえ	はい
◆今まで下記の病気にかかったことはありますか？ アトピー性皮膚炎 花粉症 緑内障 ドライアイ その他 () ○現在、使用中の内服薬・点眼薬があれば記入してください。(お薬手帳がある方は記入不要です)		
手帳 有 無		
◆薬、注射などでアレルギーを起こしたことがありますか？	ない	ある
ある、とお答えになった方は、何で、こういった症状がでましたか？		
◆女性の方に質問です。現在、妊娠・授乳されていますか？	いいえ	はい (妊娠 か月 ・ 授乳中)
◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ 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。		

ありがとうございました。カルテをお作りするまで少々お待ちください。

高畠西眼科