

ID  
予約(有・無)

## コンタクトレンズ問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平			
氏 名	男・女		年	月	日	歳
住 所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。	携帯番号	-	-		
		TEL	-	-		

※ 当クリニックでは、コンタクトレンズの販売や価格に関するお問い合わせの回答を行っていません。

※ 診療結果により目にキズがある場合などコンタクト処方ができない場合もありますが、ご了承頂けますか？

 はい  いいえ

《重要》今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

 いいえ はい 薬剤名：

症状：

食べ物のアレルギー

 いいえ はい 食べ物名：

症状：

1. 気になる症状はありますか？

 痛み かゆみ 充血 目ヤニ 異物感 乾燥感 疲れ眼 かすみ 涙眼 ぼやける 視力低下 腫れている 糸の様な物がみえる その他の症状

2. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

 緑内障 白内障 網膜剥離 アトピー 糖尿病 高血圧 心臓病 花粉症 鼻炎 喘息 腎臓病 その他（

3. 眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

 いいえ はい

⇒

 眼鏡 コンタクト 両方

4. 1日の装用時間はどのくらいですか？

（ ）時間程度

5. 本日はお車で来院ですか。

 いいえ はい

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

 いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか

 いいえ はい

(当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット 5) チラシ広告 6) 看板 7) その他 ( )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。