

ID
予約(有・無)

コンタクトレンズ問診票

受診日： 年 月 日
住所・電話番号の変更のない方は、※フリガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

※フリガナ		生年月日	明 大 昭 平			
※氏名	男・女		年	月	日	歳
住所	〒 -	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おりません。

※ 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

下記のご質問にお答え下さい。

《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（ ）

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願い致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで
お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

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。