

記入日 年 月 日

コンタクトレンズ診療申し込み・問診表

ふりがな		生年月日	明治		
お名前	様 男・女		大正	年	月
ご住所	〒 - 市	電話番号	ご自宅	-	-
			携帯等	-	-

コンタクトレンズは初めてですか？	はい・いいえ
現在使用しているコンタクトレンズについて ご記入下さい。	使い捨てソフト（1日・2週間・1ヶ月） ソフトレンズ・ハードレンズ 名称（ ） 前回購入店（ ）
ご希望のコンタクトレンズについて ご記入下さい。	使い捨てソフト（1日・2週間・1ヶ月） ソフトレンズ・ハードレンズ 名称（ ）
普段はどのようにコンタクトレンズを 使用しますか？	装着時間（1日平均 約 時間） 装着頻度（毎日・ほぼ毎日・時々）
眼鏡は使用されていますか？	はい・いいえ・作り直したい
今までに眼科を受診されたことは ございますか？	ない・時期 頃 病名（ ） 受診された眼科名（ ）
現在眼科以外での治療中の病気や服用中の お薬はございますか？	ない・名称（ ） *お薬手帳があればお教え下さい
薬・食品・検査アレルギーを 起こしたことがございますか？	ない・薬品・食品・検査 名称（ ）
現在眼の気になる症状はございますか？	ない・かゆい・痛い・涙が出る・乾く・疲れる 見えにくい・その他（ ）
パソコンや、その他のお手元を見る等の 作業が多いですか？	ない・1日平均 約 時間
本日はお車を運転していらっしゃいましたか？	はい・いいえ
当院をお知りになったきっかけは何ですか？	ご紹介（ ）・タウンページ・新聞広告 看板・通りすがり・インターネット その他（ ）

以下は女性の方のみお答え下さい

現在、妊娠・授乳中でいらっしゃいますか？	いいえ・はい（妊娠 ヶ月）・授乳中
----------------------	-------------------

ありがとうございました