

コンタクトレンズ問診票

記入日

フリガナ		性別	生年月日		
お名前		男・女	昭和・平成	年	月 日
ご住所	〒	—	ご自宅	—	—
		携帯	—	—	—

- コンタクトレンズの経験はありますか？ ある・ない
 - 経験がある方、コンタクト歴を教えてください。
 - ハードコンタクト歴 (約 年)
 - ソフトコンタクト歴 (約 年)
 - ブランクはありますか？ ある (約 年) ・ ない
 - 現在使用しているコンタクトレンズを教えてください。
ハードコンタクトレンズ ・ ソフトコンタクトレンズ ・ 使い捨てコンタクトレンズ
レンズ名 ()
度数 右 ()
左 ()
- 現在、あてはまる症状があれば○をつけてください。
充血、目が赤い ・ 目やに ・ 涙目 ・ 乾く ・ かゆい ・ 痛い ・ かすむ
異物感 ・ まぶしい ・ 二重に見える ・ ものがゆがんで見える ・ 見える範囲がせまい
視力の低下 (遠く ・ 近く ・ 遠近とも) ・ 目の疲れ ・ 肩こり ・ 頭痛 ・ まぶたの腫れ
- 以前または、現在目の病気で眼科を受診したことはありますか？
はい (いつ頃: 病院名: 病名:) ・ いいえ
- アレルギーはありますか？
 - 花粉症 (ある ・ ない) …季節 ()
 - 薬 (ある ・ ない) …薬の名前 ()
 - その他 (ある ・ ない) …何に対するアレルギーですか？ ()
- 眼の病気以外で、現在治療中の病気はありますか？
ある → (病名:) ・ いいえ
- メガネはお持ちですか？ はい ・ いいえ
- ご来院のきっかけを教えてください。
家族 ・ 知人の紹介 (お名前:)
当院スタッフの紹介 (名前:)
ホームページ ・ 他院の紹介 ・ TVやラジオ ・ 看板 ・ 新聞や雑誌
以前来院したことがある ・ その他 ()