

○ 問診表

カルテNo: (※眼科記入欄)

|        |   |
|--------|---|
| 【お名前】  |   |
| 【生年月日】 | 年 月 日 ( 歳) 男・女                            |
| 【ご住所】  | 〒   |
| 【電話番号】 | ( ) -                                     |
| 【職業】   | 小学生・中学生・高校生・大学生・会社員・公務員<br>自営業・主婦・その他 ( ) |

治療をご希望の理由

|  |
|--|
|  |
|--|

問

診

◆ 今までメガネ、コンタクトレンズを使ったことがありますか？

メガネ ( 年)

ソフトコンタクトレンズ ( 年)

ハードコンタクトレンズ ( 年)

現在使用していない

使用したことがない

◆ オルソケラトロジーをご希望の場合で、現在コンタクトレンズを使用中の方は適応検査前に下記の期間、コンタクトレンズの使用を控えていただくことが可能ですか？

・ソフトコンタクトレンズ：3日以上

・ハードコンタクトレンズ：2週間以上

・他社メーカーのオルソケラトロジーレンズ：1ヶ月以上

はい

いいえ

◆ ご家族の中にハードコンタクトレンズのご経験者はおられますか？

いる

いない

◆ 今まで眼科にかかったことがありますか？

ある (理由: )

ない

◆ アレルギーがあるとされたことがありますか？

ある

ない

◆ ドライアイと言われたことがありますか？

ある

ない

