

問診表 (コンタクトレンズ用)

ふりがな		ご職業		年齢	歳
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 — —				
携帯番号	— —		電話番号	— —	

※確認項目※

- ・当院では、他院・コンタクトレンズ取扱店への処方箋の発行は行っておりません。
- ・当院では、中学生以下のコンタクトレンズ新規処方は1DAYのみの処方とさせていただきます。
(サークルレンズ不可)
- ・乱視用や遠近両用など在庫を置いていないレンズは、ご自宅等への直送か注文後に受け取りに来院していただきます。直送の場合は2日～5日お届けまでかかります。
- ・眼鏡をお持ちでない方・眼鏡が合っていない方は、眼鏡も作成していただきます。
- ・眼科的疾患が見つかった場合、コンタクトレンズの処方を行えない可能性もあります。
- ・3カ月毎のコンタクト定期検査は必ず受けていただきます。

→以上の項目に同意いただけますか？ (同意する・同意しない)

- ① コンタクトレンズのご使用経験はありますか。 (ある・ない)
あるとお答えの方 今ご使用のコンタクトレンズについてお伺いします。
(ハード・ソフト / 1day・2week / メーカー: 度数: 右 左)
- ② 当院でご希望のコンタクトレンズについてお伺いします。
(ハード・ソフト / 1day・2week / ご希望のメーカー:)
- ③ 本日はコンタクトレンズを装用されていますか。 (はい・いいえ)
- ④ 眼鏡はお持ちですか? はい・いいえ・持参している
- ⑤ その他 気になる症状はありますか。 (ある・ない)
あるとお答えの方 ()
右眼・左眼・両眼 いつ頃から ()
- ⑥ 今までに眼の病気にかかったことがありますか。 (ある・ない)
あるとお答えの方 病名 ()
- ⑦ アレルギーはありますか? (ある・ない)
あるとお答えの方 ()
- ⑧ これまでにかかった病気はありますか? (ある・ない)
あるとお答えの方 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息
その他 ()
- ⑨ 使用しているお薬はありますか? (ある・ない)
あるとお答えの方 ())お薬手帳をご提示ください
- ※検査でお薬(散瞳剤)を使用するため、確認をさせていただきます。**
- ⑨ 女性の方で、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。
(妊娠中・可能性あり・授乳中・なし)
- ⑩ 本日はお車や自転車などご自分で運転して来院されましたか。 (はい・いいえ)

記入ありがとうございました。記入後は受付までお願い致します。 えにお眼科