

問診票(コンタクトレンズ用)

記入日 _____

ふりがな		ご職業		年齢	歳
氏名		生年 月 日	明・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※

- ・ **当院はコンタクトレンズの処方せんを発行していません。**
 当院で販売している品をご購入していただきます。また、在庫がない場合はお取り寄せとなり後日お渡しとなる可能性もあります。
 (乱視用・遠近両用・サークルレンズは発注となるため当日のお渡しは致しかねます)
- ・ **眼鏡をお持ちでない方・お手持ちの眼鏡が合っていない方は先に眼鏡の作成をご案内するため、本日はコンタクトレンズの処方ができない可能性があります。**
 (眼鏡合わせの検査は完全予約制です)
- ・ 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。

→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 : _____)
 メルプラン会員ですか。 (はい・いいえ)
- ② 本日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/1day/2week) **ソフトコンタクトレンズは使い捨てのみの取り扱いになります**
- 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 (_____)
- 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 現在かかっている病気はありますか。 (ある・ない)
 あるとお答えの方 病名 (_____)
- ⑧ 現在服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 薬剤名 (_____)
- ⑨ アレルギー体質がありますか。 (ある・ない)
 あるとお答えの方 (_____)
- 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)
- ⑪ 担当医のご希望があればご記入下さい。 (_____)
- ⑫ 当院をどのようにお知りになりましたか？
 (_____)

ご記入ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。 **新札幌おおたに眼科**

◆正確な情報を取得・活用するためマイナ保健所の利用にご協力ください