

■ 問診票（コンタクトレンズ用） ■

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		ご職業		年齢	歳
氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 - -				
電話番号	- -	携帯番号	- -		

※確認事項※ 以下の項目をご確認いただき、□の中に✓をお願い致します。

- 当院では、中学生以下のコンタクトレンズ処方では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)
- 眼鏡をお持ちでない方・持っている眼鏡が合っていない方は、先に眼鏡を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。
- 当院では、処方箋のみの発行はおこなっておりません。
- ソフトコンタクトレンズご希望の方へ：在庫を置いておりませんので、商品は後日ご自宅への郵送
(有料)か、ご来院いただいでのお渡しとなります。
- ハードコンタクトレンズご希望の方へ：後日取り寄せてからの調整・処方・注文となります。
- コンタクトレンズ使用中は定期検査を受けて下さい。
- 上記すべてについて確認し、理解しました。

①コンタクトレンズの使用経験はありますか。 (ある ・ ない)
 あるとお答えの方へ → 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・ソフト / 1day ・ 2week / 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 → 症状 ()
 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)
 はいとお答えの方 → (車 ・ バイク ・ 自転車 ・ その他)

⑨差し支えなければ、当院を来院されたきっかけをお教えてください。
 ・ インターネット検索でホームページを見て知った ・ 看板を見て知った
 ・ 雑誌を見て知った ・ 自宅が近い ・ たまたま通った
 ・ 紹介 ()

●ご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。 ● 山鼻うの眼科