

問診票

※記載頂いた内容については、当院で定めた利用目的の範囲内でのみ利用いたします (1枚目)

(ふりがな)

ご氏名

生年月日 年 月 日生 (歳)

ご住所 〒
市

ご連絡先電話番号 (携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先)

ご職業 ご紹介者

(診察室内まで付き添われる方の続柄： 父母・祖父母・子・兄弟姉妹・その他の親族・ その他：)

○どちらの目・まぶたにいつからどのような症状がありますか？

右 ・ 左 ・ 両 / 目 ・ まぶた

いつから

症状

メガネ合わせ希望 使い捨てコンタクトレンズ希望 (裏面もご記入ください)

○これまでに目の病気にかかったことはありますか？ ある ・ ない

いつ頃 眼科名

病名

治療

○メガネかコンタクトレンズをお使いですか？ はい ・ いいえ

・メガネ (遠く用 ・ 近く用:老眼鏡 ・ 遠近両用)

・コンタクトレンズ (1Day ・ 2W ・ハード ・その他)

○身体の病気で病院にかかったことはありますか？ はい ・ いいえ

いつ頃 病院名

病名：高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 ()

治療：

○アレルギーはありますか？ ある ・ ない

アレルギー性結膜炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 (月頃)

アトピー性皮膚炎 ・ 蕁麻疹 ・ その他 ()

○これまでに合わないお薬はありましたか？ ある ・ ない

具体的にお分かりになればご記入ください：

○現在妊娠または授乳中ですか？ いいえ ・ 妊娠中 (月) ・ 授乳中

○その他お伝えしておきたいことはないですか？

使い捨てコンタクトレンズ処方用問診票

(2枚目)

※当院ではハードレンズ・従来型ソフトレンズの処方は行っておりません

○本日はどのタイプのレンズ処方をご希望ですか

(診察の結果次第では、ご希望に添えないこともあります)

・1日使い捨てレンズ ・2週間タイプのレンズ ・決めていない(わからない)

○コンタクトレンズは初めてですか? はい ・ いいえ

○メガネは持っていますか? またそのメガネはよく見えていますか?

持っていない ・ 持っている → よく見えている ・ あまり見えていない

○どんな時にコンタクトレンズをお使いになる予定ですか?

・毎日 ・時々(回数/週) ・その他()

○その他なにかご希望・ご質問はありませんか?

()

※ここから先はコンタクトレンズの経験がある方のみご記入ください

○今までご使用のレンズはどれですか?

1Day ・ 2Wタイプ ・ 従来型ソフト ・ ハード(年前作製) ・ その他()
メーカー() レンズ名()
度数 右() 左()

○見え方はいいですか? はい ・ いいえ

○つけたまま眠っていませんか? いいえ ・ 時々 ・ いつもつけたまま眠っている

○1週間のうち何日くらいレンズをお使いですか? () 日

○1日何時間くらいつけていますか? () h

○気になる症状はありませんか? (あれば○)

かゆみ 乾燥感 充血 目やに まぶしさ レンズのズレ レンズのくもり
その他()

○レンズを扱う前に石鹼で手を洗っていますか? はい ・ いいえ

○使い捨ての場合、1日または2週間でちゃんと捨てていますか? はい ・ いいえ

※これ以降はお手入れが必要なレンズをお使いの方のみご記入ください

○保存液は毎日交換していますか? はい ・ いいえ

○ケースは毎日洗って乾燥させていますか? はい ・ いいえ

○ケースは何か月頃に交換していますか? () 月 ・ 交換していない

○ケア用品は何をお使いですか? こすり洗いタイプ ・ 中和タイプ ・ その他

○こすり洗いは1回につき何回こすっていますか? () 回

○こすった後にすすいでいますか? はい ・ いいえ

○レンズをつける前にすすいでいますか? はい ・ いいえ

○毎日きちんとケアできていますか? はい ・ いいえ