

コンタクトレンズ問診票

氏名

受診日

※診察結果により目にキズがある場合などコンタクト処方が出来ない場合もありますが、ご了承頂きますか

(はい ・ いいえ)

下記のご質問にお答え下さい。

1. 気になる症状はありますか？

- 痛み かゆみ 充血 目ヤニ 異物感 乾燥感
疲れ眼 かすみ 涙眼 ぼやける 視力低下 腫れている
糸の様な物がみえる その他の症状 ()

2. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

- いいえ はい

薬剤名： _____ 症状： _____

食べ物のアレルギー

- いいえ はい

食べ物名： _____ 症状： _____

3. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

- 緑内障 白内障 網膜剥離 アトピー 糖尿病 高血圧
心臓病 花粉症 鼻炎 喘息 腎臓病
その他 ()

4. 眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

- いいえ はい ⇒ (眼鏡 コンタクト 両方)

※「はい」の場合は、ご記入下さい。

- 1) 見え方について 良好 普通 見えずらい
2) メガネ作成年数 約 () 年
3) コンタクト装用経験 あり 約 () 年 なし
4) コンタクト装用時間 朝 () 時～夜 () 時 必要時のみ スポーツ時のみ
5) 現在使用しているコンタクトレンズの種類
 メーカー： _____ 使い捨て (ワンデー ・ ウィーク ・ その他)
 ソフトレンズ ハードレンズ その他
6) 現在使用しているコンタクトレンズの度数 (右： _____ 左： _____)
7) 処方希望のコンタクトレンズ 使い捨て (ソフトレンズ ワンデー ウィーク その他
 ハードレンズ
8) 以前、使用されていたコンタクトを処方された医療機関はどちらですか。
 医療機関名 ()

5. 本日はお車で来院ですか。

- いいえ はい

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

- いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか

- いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。