

# コンタクトレンズ問診票

フリガナ	大正・昭和・平成	年齢	性別
名前	年 月 日	歳	男・女
住所 〒			
電話番号	自宅:	携帯:	職業:

1. 今現在、眼の気になる症状はありますか？他院で治療中の方、治療済の方もご記入ください。

特にない ・ ある

2. 1であると答えた方は次の中から当てはまるものに○をつけてください。

見えにくい ( ) ・ かすむ ・ 乾燥感 ・ かゆい ・ 疲れる ・ 涙が出る ・ まぶしい ・ 黒い点が見える  
 身体検査・健康診断で ( )と言われたことがある

眼の手術をしたことがある(レーシック・白内障など) → [ ]  
 他院で治療中、他の気になる症状は → [ ]  
 こちらへ詳しくご記入下さい

3. 今までアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？

ない ・ 分からない ・ ある ⇒ (花粉症 ・ 鼻炎 ・ アトピー ・ 喘息 ・ その他: )

4. 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない ・ ある ⇒ (どんなお薬・注射でしたか? )

5. 現在、眼以外の病気で他院にかかっていますか？(治療済みも含む)使用中のお薬があれば記入してください。

ある ⇒ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 感染症 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ リウマチ  
 (その他: )

特にない 使用中のお薬 なし ・ あり [ ]

6. 血縁関係の方の既往歴で当てはまるものに○をしてください。

緑内障 ・ 網膜色素変性症(夜盲症) ・ 色覚異常 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心筋梗塞

7. コンタクトレンズの使用経験はありますか？

ない ・ ある ⇒ ハード ・ ソフト ・ 使い捨てタイプ ( 1day ・ 2w ・ 1M ・ カラー )  
 使用頻度 ( 毎日 ・ 週に( )日程度) 使用時間 \_\_\_\_\_ 時から \_\_\_\_\_ 時までの計 \_\_\_\_\_ 時間  
 使用中のメーカー ( ) 度数 ( 右: \_\_\_\_\_ 左: \_\_\_\_\_ )

8. コンタクトの購入店はお決まりですか？

特に決めていない ・ 決めている購入店がある ・ インターネット販売

9. メガネを普段ご使用になられていますか？

ない ・ ある ⇒ ( 常用 ・ 必要時( )のみ 作製時期: \_\_\_\_\_ 見え方: 良い・悪い・どちらでもない)

10. 女性の方にうかがいます、2か所に○をつけてください。

◎妊娠していますか いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月) ・可能性あり ◎現在授乳中ですか いいえ ・ はい

11. 来院のきっかけを教えてください。

自宅・勤務先が近い 友人・家族紹介 ホームページ 入口チラシ・看板 その他( )