

コンタクトレンズ問診票

フリガナ	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. コンタクトレンズの使用経験はありますか？

なし・あり → ハード・ソフト(使い捨てではないタイプ)・1day・2w・1M・カラー(ディファイン)

2. 1であると答えた方に現在使用中のレンズ、使用状況について質問です。

・使用頻度 → 週に()日・月に()日・年に()日・久しぶりに再開予定(中止期間:)

・使用時間 → _____時から_____時までの計_____時間・必要時のみ_____時間

・使用中のレンズ → レンズ名【 _____ 】 度数【 右: _____ 左: _____ 】

↳ 装用感【 良い・悪い 】(悪い点があれば _____)

・現在の見え方 → 良好・遠くが見えにくい(両眼とも・右眼・左眼)・近くが見えにくい

3. 本日処方希望のレンズについて質問です。当てはまるものに丸印をつけてください。

種類は決まっていない・【 ハード・ソフト(使い捨てではないタイプ)・1day・2w・カラー(ディファイン) 】が良い
在庫があるもので当日購入したい・遠近両用を試したい・乱視用を試したい

4. 眼鏡に関して質問です。

・使用なし・使用あり → 見え方【 見やすい・まあまあ・見えにくい 】 本日持参されていますか？【 あり・なし 】
作製時期【 _____ 】 使用状況【 常用・CL非装用時のみ(就寝前など)・必要時のみ 】

・本日処方箋発行は希望されますか？【 する・しない 】 ※コンタクトの長時間装用を防ぐため眼鏡との併用をお勧め致します

5. 現在の眼の症状、眼科の既往歴、眼科の手術歴について質問です。当てはまるものに丸印をつけてください。

・現在気になる症状は特にない・あり → どのような症状ですか？ [_____]

・眼の既往歴は特にない・あり → どのような病名ですか？ [_____]

・眼の手術をしたことがない・あり(レーシックを含む) → どのような手術ですか？ [_____]

6. 今までアレルギー・特異体質と言われたことや、具合が悪くなった薬剤・注射などがありますか？

なし・分からない・あり → (花粉症・鼻炎・アトピー・喘息・薬剤(_____)その他(_____))

7. 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。

なし・あり → 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
(その他病名: _____) 使用中のお薬 [_____]

8. 血縁関係の方の既往歴で当てはまるものがあれば○をしてください。()内には続柄を記入してください。

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()

9. 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

10. 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・チラシ・看板・広告・その他(_____)