

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為にのみ利用いたします。

フリガナ				男・女	
お名前	様				
生年月日	昭和・平成	年	月	日	ご連絡先 ( )
ご住所	〒 _____				

- ◆ 現在使用中のコンタクトレンズ ( 1day ・ 2weeks ・ 1month ) ( ハード ・ ソフト ) ・ 遠近両用
- ◆ 今回処方希望のコンタクトレンズ ( 1day ・ 2weeks ・ 1month ) ( ハード ・ ソフト ) ・ 遠近両用
- ◆ コンタクトレンズの装用歴 ( ) 年 ・ 装用時間 ( ) 時間/日 ・ 装用日数 ( ) 日/週
- ◆ 眼鏡を持っていますか ( はい ・ いいえ ) \*いつごろ作成した眼鏡ですか ( 年 か月前)
- ◆ アレルギーと言われたことはありますか ( あり ・ なし )  
(アレルゲン名 : )
- ◆ 今まで目の病気で治療や手術を受けたことがありますか ( あり ・ なし )  
(疾患名 : )
- ◆ 過去に目の異常でコンタクトレンズの使用ができなくなったことはありますか ( あり ・ なし )  
(疾患名 : )
- ◆ 現在次のような自覚症状はありますか
- ・ 目頭や目のまわりがかゆくなることある ..... あり ( レンズ装用時 ・ 非装用時 ) ・ なし
  - ・ 異物感や乾いた感じがある ..... あり ( レンズ装用時 ・ 非装用時 ) ・ なし
  - ・ コンタクトレンズが汚れやすい ..... あり ・ なし
  - ・ コンタクトレンズがずれやすい ..... あり ・ なし
  - ・ 糸くずのようなものが動いて見える ..... あり ・ なし
- ◆ 血のつながった方に、眼の病気で通院・治療している方はいますか ( あり ・ なし )  
(間柄/疾病名 : )
- ◆ 過去に薬で体調が悪くなったことや、合わなかった薬はありますか ( あり ・ なし )  
(どのような症状・薬でしたか : )
- ◆ 女性の方に伺います
- 妊娠していますか はい ( カ月 ) ・ いいえ ・ 可能性ある
- 現在授乳中ですか はい ( 歳 カ月 ) ・ いいえ