

コンタクトレンズ問診票

(フリガナ)

氏名 _____ (男・女) (_____ 才) 職業 _____

生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

住所 _____ TEL _____

次のことをご記入ください。

1. コンタクトレンズを使ったことがありますか。
はい ・ いいえ
2. 本日、コンタクトレンズを装着されていますか？
はい ・ いいえ
3. 今までに目の病気にかかった (かかっている) ことがありますか。
ない ・ ある (病名 _____)
4. 今までに下記の病気にかかったことがありますか。
ぜん息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性皮膚炎
アトピー ・ じんましん ・ 高血圧 ・ 糖尿病
5. 今までに注射や飲み薬やその他の薬で異常が起こったことがありますか。
ない ・ ある (具体的に _____)
6. 過去に使用したことのあるレンズの種類は何ですか。(複数回答可)
ハードコンタクトレンズ
ソフトコンタクトレンズ (1day・2week・1month・長期用)
7. お使いのコンタクトレンズの調子はいかがですか。(複数回答可)
① 調子よい ② 遠くが見えにくい ③ 近くが見えにくい ④ 二重に見える
⑤ かすむ ⑥ 装用感が悪い ⑦ ずれる ⑧ くもる ⑨ 目が乾く ⑩ 目が疲れる
⑪ その他 (_____)

当クリニックをどのようにお知り頂きましたか？

アイシティ・知人紹介・看板・通りがかり・ポストイン・WEB

しみずクリニック