

# 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？  
いいえ ・ はい（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？  
いいえ ・ はい（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