

CL() 【入力者 】 問 診 票 【検温 】受付時間(:)

フリガナ	住所 ※アパート・マンション名もご記入ください
氏名	〒
生年月日	電話
年 月 日 才	携帯
	mail

<当院を、お知りになったのは？>

電話帳 インターネット（スマートフォン・パソコン） 家族の紹介 友人の紹介
駅看板 救急医療センター その他（ ）

1.今日はどうなさいましたか？

（ ）

・車 (+) (-)

- ・眼鏡処方希望
- ・コンタクトレンズ処方希望
(ハード ・ ソフト)

現在ご使用のコンタクトレンズのデータ

メーカー (メニコン・ジョンソン・クーパー・シード
ボシュロム・アルコン・不明)
レンズ名 ()
データ
右) BC () PWR ()
左) BC () PWR ()

2.症状は、いつ頃からですか？ ()

3.今までに**薬を使用して何か異常**があったことが ない ・ ある(薬剤名)

4.コンタクトレンズを使用されていますか？ いいえ ・ はい (ハード・ソフト・使い捨て)

5.今までに眼の病気にかかったことがありますか？ ない ・ ある
「ある」と答えた方へ 病名 () 診療所 ()

6.今までに眼・まぶたの手術を受けたことはありますか？ ない ・ ある
「ある」と答えた方へ (右：手術名 _____ 約 _____ 年前)
(左：手術名 _____ 約 _____ 年前)

7.現在の病気は？ ない 喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・その他 ()

8.喫煙歴はございますか？ ない ・ ある (喫煙歴 _____ 年程)

～ 女性の方へ ～

- ・妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある (_____ ヶ月)
- ・授乳中ですか？ いいえ ・ はい