

# 問 診 票

フリガナ( ) 大・昭・平  
氏名〔 〕 生年月日 年 月 日 年齢 歳 (男・女)

〒-□□□ □□□□

電話番号(自宅)

## 住所

(携帯)

■本日はどのような事でいらっしゃいましたか？(症状など詳しくご記入ください)

{ }

■どちらの目の症状ですか？( 右 ・ 左 ・ 両眼 )

■いつからですか？(分かる範囲で結構です)→( \_\_\_\_\_ から ・ わからない )

■眼鏡を使用していますか？( はい ・ いいえ )

→お持ちの眼鏡の種類 ( 遠くを見る用 ・ 老眼鏡 ・ 遠近両用 ・ わからない )

■眼鏡作成のご希望はありますか？( はい ・ いいえ )

■コンタクトを使用していますか？ ( はい ・ いいえ )→「はい」と答えた方は下記質問にお答えください

・コンタクトの種類(使い捨てソフト(1日・2週間・1ヶ月) ・ 使い捨てでないソフト ・ ハードコンタクト)

・コンタクトの使用頻度 ( 毎日 ・ 週に\_\_日程度 )

・本日はコンタクトを装用し来院されていますか？ ( はい ・ いいえ )

■本日はご自身で運転されていますか？(※車・バイク・自転車も含む)→( はい ・ いいえ )

■症状によっては「眼底検査」をします。4～5時間見づらくなりますので、見え方が元に戻るまで運転は危険です。本日必要になった場合、検査を受ける事は可能ですか？→( はい ・ いいえ )  
(※詳しくは受付におたずね下さい。)

■今までに目の手術や眼科通院はありますか？ (分かる範囲でご記入ください)  特にない

( )

■今までに以下の病気やけがはありますか？  特にない

高血圧 心臓病(狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 心不全) 脳血管障害(脳梗塞 ・ 脳出血)

糖尿病(手帳 有・無) 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 脂質異常症 ぜんそく 花粉症 アトピー

薬によるアレルギー ( ) その他のアレルギー( )

その他( )

■現在次の様なことはありますか？→(風邪・発熱・花粉症・ストレス・妊娠・授乳中)  特にない

※こちらはコンタクトレンズ作成の方のみご記入ください。

## コンタクトレンズ問診票

《注意》当院では、コンタクトレンズは指定の眼鏡店で購入していただきます

コンタクトレンズ処方箋の発行は行っておりません

上記を了承します（ご署名： ）

※保護者同伴の方は、保護者の方がご署名下さい

●ご希望のコンタクトレンズは

使い捨て（1日・2週間・1ヶ月） 使い捨てでないソフト ハード  
相談したい（ ）

●コンタクトレンズのご経験はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

→【はい】とお答え頂いた方は、コンタクトレンズ経験歴をご記入ください。

① 現在使用中 以前使用していた（ \_\_\_\_年前）

② 使い捨て（1日・2週間・1ヶ月） 使い捨てでないソフト ハード  
→（レンズの名前： \_\_\_\_\_ 度数：右目 \_\_\_\_\_ 左目 \_\_\_\_\_ ）  
（例）（レンズ名：ワグデ-アキビュー 度数：-2.0D ）

③装用頻度及び時間は

→毎日 週 \_\_\_\_日 その他（スポーツ時など） \_\_\_\_ / 約 \_\_\_\_時間

→【いいえ】とお答え頂いた方は、予定する装用頻度及び時間は

→毎日 週 \_\_\_\_日 その他（スポーツ時など） \_\_\_\_ / 約 \_\_\_\_時間

●眼鏡を使用していますか？ はい いいえ