

初めて受診される方へ

お名前 ( ) 様 男・女 年齢 ( ) 歳

1. 現在治療中の目の病気はありますか？  
ない ・ ある⇒ ( )
2. 花粉症・アレルギーと診断されたことはありますか？  
ない ・ ある
3. 飲み薬・目薬でお体に合わないものはありますか？  
ない ・ ある⇒ ( )
4. 眼科以外で現在治療中の病気はありますか？  
ない ・ ある⇒ (高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・喘息  
その他 )
5. 女性の方にうかがいます。お薬に関係しますのでご回答お願いします  
\*妊娠されていますか？ していない・している⇒ カ月・可能性あり  
\*現在授乳されていますか？ していない・している

KB ( ) CL ( ) H/日

初めて受診される方へ (コンタクトレンズご希望)

お名前 ( ) 様 男・女 年齢 ( ) 歳

1	コンタクトをお使いになったことはありますか	ない  ある(ハード・ソフト・使い捨て)
	ある方⇒・コンタクトの装着頻度はどれくらいですか	週1~2  週3~4  週5~6  毎日 その他 (月数回  年数回)
	一日に何時間コンタクトをお使いですか	約  時間
2	メガネをお持ちですか	いいえ  はい
3	本日、目について気になる症状はございますか	ない  ある( )
4	今までに目の病気やケガをされたことはありますか	ない  ある
5	花粉症・アレルギーと診断されたことはありますか	ない  ある
6	女性の方にうかがいます お薬に関係しますのでご回答をお願いします	
	妊娠されていますか	いいえ  はい