

コンタクト問診票

お名前 ()

該当する項目に○をつけて下さい。()には数字をご記入ください

① 本日のご希望

1day ・ 2week ・ 使い捨てでないソフトレンズ ・ ハードレンズ

コンタクトは初めて使用

定期検査のみで処方箋の希望はなし

② メガネの作り替えの希望 (あり ・ なし)
希望のメガネの種類 (普段用 ・ 手元用 ・ 遠近 ・ その他 ())
ふだんメガネは使用されていますか (している ・ していない)
本日メガネはお持ちですか (あり ・ なし)

③ 本日電気になる症状がありましたら下記にご記入ください

④ 現在コンタクトは 週 () 回使用

1日約 () 時間使用

*月数回ご使用の方→月 () 回

*現在使っていない方→使っていない期間 () ヶ月 or () 年

⑤ ヒアロン酸 Na0.1% (乾き目用) 目薬希望 本 (最大 10 本まで)

※コンタクト用目薬はアイケアから薬剤名が変更になりました 1本 70円 (3割負担)

⑥ 花粉症のお薬をご希望の方は○をしてください

(目薬希望 ・ 内服薬希望 ・ 点鼻薬希望)

⑦ 次の疾患で治療あり

(緑内障 ・ 網膜剥離 ・ 糖尿病 ・ 糖尿病 ・ 不整脈 ・ 高血圧 ・ ぜんそく)

⑧ 女性の方にお伺いします。お薬に関連しますのでご回答お願い致します

*妊娠している→ () ヶ月 ・ (可能性あり ・ していない)

*授乳している→ (している ・ していない)

ご記入ありがとうございます。お手数ですが、受付までご提出ください。