

周りの方にはやり目（アデノウイルス）の感染を指摘された方がいらっしゃいましたらお申し出ください

【 問 診 票 】

ふりがな

大正・昭和

お名前

(男・女) 生年月日

平成・令和

年

月

日

(歳)

ご住所

日中連絡がとれる電話番号 ()

-

ご職業

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？

診察をご希望の方

症状などをお書きいただけますか？

検査をご希望の方

視力検査 眼圧検査 眼底検査

めがねを作りたい コンタクトレンズを作りたい

めがね・コンタクトレンズが合っているか調べたい

近視抑制治療

オルソケラトロジー マイオピン サプリ

まつ毛育毛 その他 []

※めがねとコンタクトレンズ処方を同日にご希望の場合、状況によってはどちらかのみとさせていただきます。どちらを優先されるかご記入下さい。 めがね コンタクトレンズ

2. 眼科で今までにかかられた病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

白内障 緑内障 斜視 その他 []

3. 普段メガネを使用されていますか？ (はい ・ いいえ)

使用している方へ→ (近視 ・ 遠視 ・ 乱視 ・ 老視 ・ 遠近両用 ・ 中近両用)

いつ頃作られましたか？ []

4. 普段、コンタクトレンズを使用されていますか？ (はい ・ いいえ)

コンタクトレンズ処方をご希望の方は、2枚目の用紙にご記入お願いいたします。

使用している方へ→ どのようなコンタクトですか？ (ハード ・ 1 day ・ 2 week ・ その他)

どちらで購入されましたか？ [] レンズ名 [] 度数 [右 左]

本日はコンタクトを装用して来られましたか？ (はい ・ いいえ)

6. 眼科以外で通院されている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

糖尿病 高血圧 心臓病 (具体的に)

アレルギー (具体的に) その他 []

7. ご家族 (血縁者) に緑内障の方はいらっしゃいますか？ (はい ・ いいえ)

8. 今日はお車の運転をしますか？ (はい ・ いいえ)

9. 当医院を何でお知りになりましたか？ []