

# 初めて診察を受けられる方へ **コンタクトレンズ新規用**

お名前: \_\_\_\_\_ 生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

以下、該当するものに丸で囲んでください。

1. CLをお求めになる動機は? → [医師に奨められて、スポーツ・活動上便利、  
仕事上必要、眼鏡がきらい、眼精疲労、その他( )]
2. 希望するCLの種類は? → [ハードレンズ、ソフトレンズ、1日使い捨てレンズ、  
2週間使い捨てレンズ、院長と相談]
3. 希望するメーカーはありますか? → ( )
4. ご家族でコンタクトをされている方がおられますか? → いいえ、はい( )
5. 今日は、視力以外のことで他に症状はありますか? → ない  
ある場合、該当するものに丸で囲んでください。  
[目やに、目が赤い、かゆい、痛い、ごろごろする、乾く、涙が出る、目が疲れる、  
虫みみたいな物や黒い影が見える、キラキラ光る、  
その他( )]
6. その症状は、いつからですか? ( )日前、( )週間前、( )ヶ月前
7. どちらの目ですか? [右目、左目、両目]
8. 今までに眼科にかかれたことはありますか? → ない  
ある: いつ( )  
医療機関名( )  
診断名や治療など( )
9. 全身的な病気などはありませんか? → ない  
ある: いつ( )  
医療機関名( )  
①感冒症状:発熱( )°C、インフルエンザ、その他( )  
②アトピー性皮膚炎:ハウスダスト、ダニ、カビ、その他:( )  
③アレルギー性鼻炎:ハウスダスト、ダニ、カビ、その他:( )  
④花粉症:( )スギ、( )ヒノキ、その他( )  
⑤その他( )  
治療など( )
10. 薬や食べ物のアレルギーはありませんか? → ない  
ある:何の?(例えば、抗生物質 )  
どんな症状?(例えば、湿疹 )
11. 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか? → ない、ある
12. 当院へ来院されるようになったきっかけは?  
[広告(①駅の看板、②電柱広告、③電話帳、④当院ホームページ)、家族の紹介、  
知人の紹介(紹介者 )、近所で知っていた、その他( )]

ご協力どうもありがとうございました。