

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、
工作上必要、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()℃、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。