

コンタクトレンズ問診票		R
		ID
※① 該当箇所に○または☑をつけて下さい。 ※② 迅速な対応のために、携帯番号の記載にご協力お願い致します。 ※③ 未成年の方は保護者、ご高齢の方はご親族様の連絡先、施設入所中の方で ご親族がない場合は施設代表者様の連絡先のご記入もお願い致します。		
【氏名】	(ふりがな)	【性別】
		男 ・ 女
【生年月日】	明 / 昭 / 平 / 令 年 月 日 (歳)	
【自宅Tel】		ご関係:
【携帯Tel】		ご関係:
【その他連絡先】		ご関係:
【ご住所】	〒 -	
★診察結果により目にキズがある場合などコンタクト処方できない場合もありますが、ご了承いただけますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1. 眼鏡、コンタクトは使用していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> コンタクト初めて		
※「はい」の方はお答えください		
1) 眼鏡の見え方について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい	
2) 眼鏡作成年数について	約()年	
3) コンタクトの見え方について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい	
4) コンタクト装用経験	約()年	
5) コンタクトのブランクは	<input type="checkbox"/> あり 約()年 <input type="checkbox"/> なし	
6) コンタクト装用時間	<input type="checkbox"/> 1日()時間 <input type="checkbox"/> 必要時のみ <input type="checkbox"/> スポーツ時のみ	
7) 現在使用中のコンタクトの種類	レンズ名()	
<input type="checkbox"/> 使い捨て(ワンデー・ウィーク・その他) <input type="checkbox"/> ソフトレンズ <input type="checkbox"/> ハードレンズ <input type="checkbox"/> その他		
8) 現在使用中のコンタクトの度数	右() 左()	
9) 以前、使用されていたコンタクトを処方された医療機関はどちらですか		
医療機関名()		
10) 本日、コンタクトは装用していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 処方希望のコンタクト	<input type="checkbox"/> ハード <input type="checkbox"/> ソフト (<input type="checkbox"/> 1M <input type="checkbox"/> 2W <input type="checkbox"/> 1Day <input type="checkbox"/> カラー <input type="checkbox"/> その他)	
3. スポーツ	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
4. 車の運転	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
5. パソコン	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
6. 現在あてはまる症状はありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 涙目 <input type="checkbox"/> 乾く <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 二重に見える <input type="checkbox"/> 視力低下(遠く・近く・両方) <input type="checkbox"/> 目の疲れ <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <input type="checkbox"/> その他()		