

初めて御来院された方

令和 8 年 月 日

--	--	--	--	--	--

〒
御住所 _____

御電話 _____

ふりがな

御氏名 _____ (男・女) 昭和・平成・令和 年 月 日生

コンタクトレンズをご希望の方に伺います

① ご自宅に眼鏡はお持ちですか。 はい いいえ

② 現在ご使用中のレンズについて教えてください。

- ・ コンタクトレンズを初めて使用する
- ・ ハードレンズ
- ・ ソフトレンズ
- ・ 使い捨て (1 Day・2 w・1 M・乱視用)

※ハードコンタクトレンズをご使用中の方は、現在のレンズの使用年数を教えて下さい。

右 _____ 年 左 _____ 年

③ 使用中のレンズのメーカー及び度数など分かる範囲でご記入下さい。

例) レンズ名: ワンデーアキュビューモイスト 度数 右 -3.00 左 -2.50

レンズ名 _____ 度数 右 _____ 左 _____

④ 今回後ご希望されているレンズについてお聞きします。

- ・ 今までの物と同じ物希望
- ・ 変更希望 (具体的に _____)

例) 2wタイプへ変更希望 等

⑤ 現在使用しているレンズで見え方に問題がありますか

ない ある

⑥ 現在気になる症状はございますか

ない ある (具体的に _____)

⑦ お体について当てはまるものに○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 アレルギー 気管支喘息 腎臓病 肝臓病 胃腸病
その他 (_____) 妊娠中 (第 _____ 週) 授乳中⑧ 使用しているお薬 (内服・点眼薬等) ☐ なし☐ あり (薬名: _____)● 家族で目の病歴があれば教えてください ☐ なし ☐ あり 例: 母が緑内障 (_____)⑩ 喫煙 ☐ 吸わない ☐ 吸う⑪ 飲酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む ☐ 時々飲む