

お名前	フリガナ	生年月日	昭・平・令	年	月	日
		性別	男	・	女	
住所		電話番号	()	—		

該当するもの全てを○で囲んでください。

1、今までにコンタクトレンズを使用したことがありますか？ はい ・ いいえ
 ソフトコンタクトレンズ（使い捨てを含む）使用あり・ハードコンタクトレンズ使用あり

2、本日、メガネの処方もご希望ですか？（コンタクトレンズ処方とは異なります） はい ・ いいえ
 現在メガネをご使用していますか？ はい ・ いいえ

3、現在治療中の病気は、ありますか？ はい ・ いいえ
 高血圧 糖尿病 肝臓病 腎臓病 高コレステロール
 その他（
 内服薬は、服用中ですか？ はい ・ いいえ
 眼底検査をご希望されますか？ はい ・ いいえ

4、今までに薬で具合が悪くなったことはありますか？ はい ・ いいえ
 薬品名 _____

5、気になる症状はありますか？ はい ・ いいえ
 _____ 日前から 両眼 右眼 左眼
 腫れ 痛み かゆみ 充血 ゴミが入った ゴミが見える
 目やに 疲れる 涙が出る ゴロゴロ 違和感
 その他（

6、今までに目の手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
 どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼
 いつ頃ですか？ _____ 前
 白内障 緑内障 網膜剥離 LASIK その他

7、その他（例 妊娠中 授乳中 ）

.....