

診療申込書

日付

ふりがな		性別	住所	〒 -
氏名		男・女		
生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 才		電話	()
勤務先 学校名			勤務地	

CL ON/OFF

1) 症状を教えてください いつ頃 _____ から

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼が

()

2) 現在お使いのものを○で囲んでください

なし ・ 眼鏡 ・ 老眼鏡 ・ 遠近両用眼鏡

コンタクトレンズ (ソフト ・ ハード ・ オルソケラトロジー)

3) 眼に関する手術歴を教えてください

ない ・ ある

白内障 レーシックなど (

右眼 ・ 左眼 (いつ頃: 病院名:)

その他 ()

右眼 ・ 左眼 (いつ頃: 病院名:)

4) アレルギーはありますか?

ない ・ ある (何に)

わからない ・ 調べたい

5) 薬や注射でじんましんが出たり、気持ちが悪くなったことはありますか?

ない ・ ある (何に) ・ わからない

裏面もございます

6) 現在、妊娠されていますか？

いいえ ・ はい (妊娠 月) ・ 授乳中

7) 下にあげた中で、かかったことのある病気に○をつけてください

アレルギー性結膜炎 ・ 花粉症 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 鼻炎

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 出血しやすい病気 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 肺の病気

どれもかかったことがない

8) 上記以外の既往歴がある場合はご記入ください

()

9) 通院中の病院を記入してください

() () ()

10) 現在使用中のお薬を記入してください (お薬手帳がありましたらコピーします)

コンタクトレンズをご使用の方

1) コンタクト使用歴 年

2) 現在使用中のコンタクト

ハード ・ ソフト ・ 使い捨て (1日 ・ 2週間 ・ 1ヶ月 ・ その他)

コンタクトの名前

購入店名

購入してから 年 月 (使い捨ての方は記入不要)

3) 平均装用時間 時間 週 回装用

4) お手入れ 良い ・ ふつう ・ 悪い

5) 定期検査 しっかり ・ 具合の悪いときのみ ・ 1度もなし

6) 最後の定期検査は 前

7) 現在お使いのコンタクトデータ (わかる範囲でご記入下さい)

	ベースカーブ	度数	サイズ
例	9.00	-1.50	14.2
右			
左			