

年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日
住所(〒 -)	電話 () -

1. マイナンバーカードの利用による情報取得(薬歴情報・限度額適用認定情報など)に同意しますか。
 はい いいえ

2. 本日の症状にチェック☑して下さい。

- 見えにくい かすむ 眼が疲れる かあく 涙がよく出る
 かゆい めやに 充血 はれた 痛い ゴロゴロする
 何か飛んで見える 光って見える ゆがんで見える
 メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい 検診
 その他、気になることがあればご記入ください。

風邪()
周囲充血()
コンタクト装用()

(1) その症状はどちらの眼で、いつ頃からですか。

両眼 右眼 左眼 [頃から]

3. 今までにかかったことのある病気・手術、現在治療・通院されているものがありますか。

- 高血圧 糖尿病 ぜんそく 心臓病 不整脈
 脳こうそく 前立腺肥大 その他 []

4. 現在、使用している薬(内科など)があれば、薬名・処方されている病院名を記入して下さい。

○使用している薬 []
 お薬手帳

○病院名 []

5. 今までに薬で副作用がおきたり、アレルギー・特異体質と言われたことがありますか。

ない ある [詳しく]

6. 治療中に気分が悪くなったことがありますか。

ない ある

7. 女性の方のみご記入ください。

妊娠(月) ・ 授乳中 はい いいえ

8. 今までにコンタクトレンズを作ったことがありますか。

ない ある… [当院 ・ 他院]

9. 今回、当院で初めてコンタクトレンズを作られる方のみご確認ください。

- ・こちらで取り扱いのあるメーカーのみとなります。
- ・お使いのコンタクトレンズがある場合記入してください。

コンタクトレンズ名	メーカー	度数	
右	右	右	又は <input type="checkbox"/> 不明
左	左	左	