お名前	フリガナ	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日
		性別	男　・　女
ご住所		電話番号（　　）　　—	

該当するもの全てを○でかこんで下さい

1、今までにコンタクトレンズを使用した事がありますか？　・はい　・　いいえ

ソフトコンタクトレンズ（使い捨て含む）使用あり　・　ハードコンタクトレンズ使用あり

2、本日、眼鏡の処方もご希望ですか？　・はい　・　いいえ

（※コンタクトレンズ処方とは異なります。有効期間1ヵ月）

現在、眼鏡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　・　高コレステロール　・　腎臓病

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事がありますか？　・はい　・　いいえ

薬剤名

5、気になる症状は、ありますか？　・はい　・　いいえ

日位前から（両眼　・　右眼　・　左眼）

腫れ　・　痛み　・　かゆみ　・　めやに　・　充血　・　ゴミが入った

異物感（ゴロゴロ）・　涙が出る　・　ゴミが見える　・　疲れる

その他（

6、今までに眼の手術を受けたことがありますか？　はい　・　いいえ

白内障　・　緑内障　・　網膜はく離　・　その他（　　）

どちらの眼ですか？　（右眼　・　左眼　・　両眼）

いつ頃ですか？　（　　）