

フリガナ
お名前 男 ・ 女

大・昭 年 月 日生
平・令 (歳)

ご住所 〒

自宅電話

携帯電話

※当院では、診察前に屈折・角膜曲率計測・眼圧測定・自覚的屈折測定をおこないます。

①あなたの眼の具合が悪いのはどちらですか？ (両眼 ・ 右眼 ・ 左眼)

②本日はどうなさいましたか？

- ・コンタクトレンズを作りたい ・メガネを作りたい
- ・視力低下 ・かすむ ・黒い点が見える(浮遊物) ・充血 ・かゆみ
- ・目ヤニ ・涙が出る ・乾く ・まぶたの腫れ ・痛い
- ・こころろする ・疲れ目 ・健康診断で () と言われた
- ・見づらい(遠く・近く)
- ・その他 ()

③症状が出始めたのはいつ頃からですか？

()

④普段コンタクトレンズは使用していますか？

ない

ある(ソフト・ハード・使い捨て<1D・2W・1M・カラー>)

★エースコンタクトをご利用の方はメーカー名と度数は未記入で構いません★

メーカー名：

度数右：

度数左：

⑤今まで(現在)に眼の病気をしたことがありますか？

ない ある ()

⑥今までに、アレルギーや特異体質と言われたことがありますか？

ない ある ()

⑦薬や注射等で、具合が悪くなったことがありますか？

ない ある ()

⑧今まで(現在)に眼以外の病気にかかったことがありますか？

ない ある(高血圧・糖尿病・心臓病・リウマチ・喘息・花粉症・感冒・その他) ()

⑨女性の方に伺います

妊娠されていますか？ いいえ・はい(か月)・可能性あり

現在授乳中ですか？ いいえ・はい

⑩当クリニックをどうやってお知りになりましたか？

当クリニックのホームページ

アトレ大森のホームページ

病院検索サイト

その他インターネット検索(Google Yahoo その他検索サイト)

折り込みチラシ

ご家族や知人の紹介(

様)

看板

通りがかり

エースコンタクトからの紹介