

○恐れ入りますがチェックをつけ、カッコ内を埋めてください。

フリガナ	生年月日	性別
お名前	年 月 日	男・女
❖最近一週間以内での発熱はありますか？		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
❖ご家族で発熱の方はいますか？		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
❖味覚異常はありますか？		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
❖のどの痛みはありますか？		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

■本日の受診内容をお聞かせください。

目に症状がある(表面のみご記入ください)

コンタクトレンズ処方(表面と裏面をご記入ください)

※眼鏡処方をご希望の方は、受付もしくは担当検査員にお声掛けください。

■どのような症状がありますか。

(右・左・両眼) / いつから から

かゆい 痛い 白目が赤い 目やにが出る 腫れがある

乾く 疲れる 異物感がある 目がかすむ

虫や糸くずのような浮遊物や光が見えることがある 視力が下がった気がする

手元が見えづらい ものが欠けて見える ものが歪んで見える

※その他具体的に()

■薬のアレルギーはありますか

ある 種類を具体的に() なし

■女性の方へ 現時点で妊娠していますか はい いいえ

■他院(眼科以外も含む)に通院されている方へ

・以下の病気はありますか

高血圧 糖尿病 アトピー 喘息 他の眼科治療中 特になし

・眼科を含む、通院中の病名・薬名を教えてください

(病名:)

(現在使用中の薬名:)

■今までにレーシック、レーザーなどの眼科手術を受けたことはございますか。

ある 具体的に() なし

■コンタクトレンズは使いますか はい いいえ

■「はい」と答えた方へ 使うレンズの種類をお答えください

1dayレンズ 2weekレンズ 長期装用できるソフトレンズ ハードレンズ

サークルレンズ/カラーレンズ

■眼科で処方されたレンズですか はい いいえ

■今コンタクトレンズは目に入っていますか はい いいえ

■眼鏡は使いますか はい いいえ

☆コンタクトレンズご希望の方はこちらより下と裏面もご記入ください

■本日当院で処方するコンタクトレンズの購入先はどちらですか？

Jコンタクト その他の販売店・ネット販売店 未定

■コンタクトレンズを使ったことはありますか？ はい いいえ

■1日の装用時間はどれぐらいですか

(8時間未満 ・ 12時間未満 ・ 15時間未満 ・ 15時間以上)

■ご希望のレンズについて

※目の状態、症状によってはコンタクトレンズの処方できない場合があります。

隣接店(Jコンタクト)に在庫があるコンタクトレンズの処方を希望

注文・直送になってもよいので目の状態に合ったレンズの処方を希望

■ご希望のレンズの種類

1day使い捨てソフトコンタクトレンズ ・ 2week使い捨てソフトコンタクトレンズ

長期装用できるソフトコンタクトレンズ ・ サークルレンズ、カラーレンズ ・ ハードレンズ

・ご希望のレンズ名があれば記入ください 未定・相談したい

()

■今までに使っていたレンズの名前 覚えていない ・ 不明

()

・今までに使っていたレンズのデータ(もしわかれば)

(BC) (Power) (DIA) (CYL) (AXIS) (ADD)

右() () () () () ()

左() () () () () ()

■現在お使いのコンタクトレンズの調子はいかがですか

・ 特に不満はない ・ 近くが見えづらい ・ 遠くが見えづらい ・ 乾きやすい

・ 異物感が強い ・ 疲れやすい ・ その他 ()

☆ご記入いただきありがとうございます☆

当院では迅速なサービス提供のため、隣接のJコンタクトと氏名・住所・電話番号・年齢

性別・E-mail addressおよび処方データの共同利用をさせていただいております。