

フリガナ
お名前

※一時外出が可能です。ご希望される方は従業員にお声がけください。※
 ※隣接するJコンタクトに取り扱いがないコンタクトレンズは処方できません。※

☆現在、または1週間以内に発熱はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
☆最近コロナまたはインフルエンザの検査を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい(日前)	<input type="checkbox"/> いいえ
受けた方→結果にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性

■前回の当院受診後、他院(眼科以外も含む)での通院を開始されましたか。

はい いいえ

・「はい」の方はどのような病気で通院されたかご記入ください。

()

■前回の受診後から症状は何かありますか。

症状なし 症状がある

※「症状がある」を選択された方、
 また薬の処方や処置をご希望の方は以下自由にご記入ください。

()

■現在コンタクトレンズは目に入っていますか。

はい いいえ

・「はい」の方はどのようなコンタクトレンズをお使いですか。

1dayコンタクトレンズ 1dayコンタクトレンズ以外

■女性の方へ 現時点で妊娠されていますか。

はい いいえ

■本日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

当院では患者様が安全に利用いただけるよう隣接販売店と連携をとり、
 購入履歴から3ヶ月に1度の定期検査を推奨しております。
 そのため隣接販売店以外での購入を希望する場合は1種類のみで最少箱数の処方となりますことをご了承ください。

☆裏面もご記入ください☆

