

フリガナ	生年月日	
ご氏名	男 女	明治・大正 昭和・平成
〒	年	月
ご住所	日 () 歳	
アパート・マンション名	号室	お電話番号
	携帯	— —
	ご自宅	— —

当院からお知らせや健康に関する情報等に関り、患者様へ上記個人情報先へ送信することがあります。
ご承知いただけない場合は口欄へのチェックをお願いします。 送信を許可しない

・アンケートにご協力をお願いします。当院をなにでお知りになりましたか。

ビル看板 スマホのホームページ パソコンのホームページ ご紹介（家族） ご紹介（知人・友人）

ご紹介（医療機関） 消火栓看板 電話帳 雑誌広告

・交通手段 徒歩 自転車 バイク 車 電車（小田急・相鉄・市営地下鉄） バス

・症状はいつ頃からですか？ () 前から

・症状にをお付けください。

- | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 充血 | [右 ・ 左] | <input type="checkbox"/> 見えづらい | [右 ・ 左] (近く ・ 遠く) |
| <input type="checkbox"/> めやに | [右 ・ 左] (朝だけ ・ 日中も) | <input type="checkbox"/> まぶしい | [右 ・ 左] |
| <input type="checkbox"/> かゆい | [右 ・ 左] (まぶた ・ 眼中) | <input type="checkbox"/> 何か飛んで見える | [右 ・ 左] |
| <input type="checkbox"/> ごろごろ | [右 ・ 左] | <input type="checkbox"/> その他 | [右 ・ 左] |
| <input type="checkbox"/> 痛い | [右 ・ 左] (表面 ・ 奥) | [] | |
| <input type="checkbox"/> 腫れている | [右 ・ 左] (まぶた ・ 白目) | | |
| <input type="checkbox"/> コンタクトレンズは [未経験 ・ 普段使用 ・ 今は裸眼 ・ <input type="checkbox"/> 現在装用中 (1 DAY ・ 2 W ・ ハード ・ その他)] | | | |

必ずご記入ください

- ・くすりで異常が出たことが [ない ・ ある] (薬品名 :)
- ・眼の病気をされたことが [ない ・ ある] 白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜剥離 ・ 外傷
その他 ()
- ・現在、お体の病気は [ない ・ ある] 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく
その他 ()
- ・レーシック・角膜手術の経験 [ない ・ ある] 手術されたのはいつごろですか？ (前)
- ・現在、妊娠の可能性が [ない ・ ある] () 週
- ・現在、赤ちゃんに授乳をして [ない ・ いる]

該当する方のみご記入ください

- 眼鏡を作りたい・作り変えたい。 [未経験 ・ 度数が合わない]
- コンタクトレンズを作りたい。 [未経験 ・ 使い捨て継続 ・ その他] [破損 ・ 紛失]
- 現在使用中の使い捨てレンズの種類・度数をご記入ください。(例) 1DAY アキュビュー 右 [-3.00] 左 [-2.75]
- メーカー・種類 [] 度数・BC 右 [] 左 []
- そのコンタクトレンズの使用感は？ [良い ・ 悪い]