

コンタクトレンズ問診票

当面的間、院内ではマスクの着用をお願いいたします。

以下の設問に対して○印を、またはできるだけ具体的に書いてください。

ふりがな
お名前 _____ 職業（仕事内容） _____ 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
年齢 _____ 才 男・女
住所 〒 _____ 電話 _____（ _____）

(1) 眼鏡を持っていますか？ よく見える眼鏡を持っている ・ 持っているが合っていない ・ 持っていない

★ コンタクトは適切な眼鏡を確認させていただいた上で処方を検討します。
 場合により眼鏡の処方を優先する可能性がありますのでご了承ください。

感染症対策のためにお聞きします。
 ご家族・勤め先・学校等で感染症またはその疑いのある方はいませんか？
 いない
 ・
 いる
 （ _____ ）

(2) 目薬または洗眼薬を使っていますか？
使っていない ・ 使っている（商品名 _____）

(3) 今までに目の病気にかかった（かかっている）ことがありますか？
ない ・ ある（病名 _____ 病院名 _____）

(4) 目以外で、以前かかったまたは現在治療中の病気、お体の状況について教えてください。ぜんそく じんましん アレルギー性鼻炎アトピー性皮膚炎
花粉症 妊娠中 授乳中 その他（ _____）

(5) お薬で異常が出たことはありますか？
ない ・ ある（薬の名前 _____）

(6) 1日の平均のVDT（パソコン等）作業時間は？ 平均 _____ 時間位

(7) コンタクトレンズを作ったことがありますか？ ない ・ ある

コンタクトレンズを作ったことがある方のみ、引き続き以下の設問にお答えください。
 コンタクトレンズが初めての方は、以上で設問は終了です。

(1) 初めて作ったのはいつ頃ですか？ _____年 _____ヶ月前

(2) 過去に使用したことがあるレンズの種類は何ですか？（複数回答可）
ハード・ソフト・使い捨て（メーカー及び商品名 _____）

以下は現在コンタクトレンズを使用中の方のみ、お答えください。

(1) 現在使用中のレンズはいつ頃作りしましたか？ _____年 _____ヶ月前

(2) どちらで作りましたか？
大学病院 病院 眼科医院 コンタクトレンズ専門店 眼鏡店 デパート その他
（作った場所の具体的な名称 _____）

(3) 現在のレンズについてできるだけ詳しくお答えください。
ハード・ソフト・使い捨て（メーカー及び商品名 _____）

(4) 装用状況を教えてください。
週 _____日 午前・午後 _____時 ~ 午前・午後 _____時 装用

(5) 調子はいかがですか？（複数回答可）
調子よい 遠くが見えにくい 度が強い 近くが見えにくい 二重に見える かすむ 目が赤い
装用感が悪い 異物感 痛い 涙が出る まぶしい ずれる くもる 目が乾く
レンズが汚れやすい 目やにが出る 目が疲れる 頭が痛くなる
その他 _____

(6) レンズの洗浄・消毒方法を教えてください。（複数回答可）
つけおき消毒（メーカー及び商品名 _____）
こすり洗い（メーカー及び商品名 _____）

(7) 定期検診を受けていましたか？ はい（最終検診時期 _____年 _____月）・いいえ