記入日：2023／　／　.

Pine Tree Contactrens 問診票

ふりがな		**性別**
名前		男 ・ 女
生年月日	西暦　　年　　月　　日	（年齢　　歳）
住所	〒　　ー	
電話番号		

1、コンタクトレンズの使用経験はありますか？　はい ／ いいえ

はいの方

ソフトコンタクトレンズ（1day・2week・カラー・乱視・遠近）／ハードコンタクトレンズ

レンズの名称（　　）

2、今回ご希望のレンズはありますか？　はい ／ いいえ

はいの方（コンタクトレンズの名称：　　）

3、メガネを併用されていますか？　はい ／ いいえ

4、今までに目の病気や手術をしたことがありますか？　はい ／ いいえ

はいの方（　　年　　月　病名：　　病院名：　　）

5、今までに目以外で病気や手術を経験されたことはありますか？　はい ／ いいえ

はいの方（病名：　　）

6、現在何か目の症状はありますか？　はい ／ いいえ

はいの方 (目やに ・ 充血 ・ 異物感 ・ 乾燥感 ・ 眼の疲れ ・その他（　　））

7、お薬や食べ物など、アレルギーはありますか？　はい ／ いいえ

はいの方（お薬：　　食べ物など：　　）

8、現在妊娠中または授乳中ですか？　はい ／ いいえ

はいの方（妊娠中 ・ 授乳中）

9、マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただけますか？　はい ／ いいえ

＊併設のまつのき眼科クリニックは診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

１０、当院を知った理由をお聞かせください

家族や知人からの紹介 ・ 看板 ・ インターネット検索 ・ Googleマップ ・ その他

ご協力いただきありがとうございました。スタッフにお渡しください。