

< コンタクトレンズ問診票 >

記入日:令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様(男・女)	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日(歳)
住所	(〒 -)		
電話番号	自宅: ()	勤務先:	
	携帯電話:	緊急連絡先:	
付き添い者	氏名:	患者様とのご関係()	
紹介者	なし・あり(紹介者名:)		
★マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか (はい ・ いいえ)			

★コンタクトレンズは初めてですか。

初めて ・ 現在使用中 ・ 以前使用したことあり

★現在使用中の方にお尋ねいたします。レンズの種類はなんですか？

ハード ・ ソフト ・ 使い捨て(1日 ・ 2週間 ・ 1ヶ月) ・ サークルレンズ
(具体的にメーカー名・度数など記載して下さい:)

★本日ご希望のレンズの種類は何ですか？

ハード ・ ソフト ・ 使い捨てソフト(1日・2週間) ・ サークルレンズ ・ 現用と同じレンズ ・ 相談して決めたい

★コンタクトレンズを使用される時間は何時間くらいですか？

毎日(平均 時間/日) ・ 週に数日程度 ・ たまに ・ その他()

★今まで目の病気や目のケガをしたことがありますか？

- * ある アレルギー性結膜炎 ドライアイ 斜視・弱視 緑内障 白内障 ヘルペス
その他 ()
- * なし

★今までに病気やケガをされたことがありますか？あてはまる□に✓を記入してください。

- * ある 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病(□心臓ペースメーカー) 肝臓病 腎臓病
脳疾患 手術 結核 リウマチ ヘルペス 花粉症 アトピー アレルギー性鼻炎
喘息 薬物過敏症(薬名:) 食物アレルギー(食物名:)
:いつ頃ですか？病院名は？ 治療内容などは？
()
- * なし

★現在点眼・内服・注射などの治療はしていますか？

- * ある :いつからですか？病院名・病名・治療内容などは？
()
- * なし

★糖尿病・高血圧・高コレステロール血症の方は記入して下さい。

血糖値()ヘモグロビンA1c値() 糖尿病治療(インシュリン〈有・無〉 内服〈有・無〉)
血圧(/) コレステロール値()

《40歳以上の方へ》

近視の強い方は、緑内障・網膜剥離・黄斑変性など、様々な目の病気になりやすいです。
病気を早期発見するには散瞳検査が必要ですが、この検査をお勧めして宜しいでしょうか。

- * はい * 散瞳検査:目薬で瞳を大きくして、目の中のレンズや眼底の状態を精密に調べ
- * いいえ る検査です。検査後 4~5時間はまぶしくピントが合わなくなり運転できません。

当院では令和5年4月よりマイナ保険証にて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めてまいります。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報取得加算(初診時と再診時3ヶ月ごとに) 加算1点