

## 問診表 (コンタクトレンズ購入)

(ふりがな)	性別	生年月日	年齢
お名前	(男・女)	大・昭 平・令 年 月 日	歳
住所 〒 -			
電話番号 (自宅)		(携帯)	

※わかる範囲でご記入ください。スタッフがのちほど詳しくお話を伺います。

現在、目に何か症状はありますか？

- ない
- 充血     目やに     かゆみ     乾燥     疲れ     痛み     まぶたの腫れ
- その他 ( )

●いつ頃お気づきになりましたか？ それはどちらの目ですか？

\_\_\_\_\_ 頃から ( 右目 ・ 左目 ・ 両目 )

●現在お使いのコンタクトレンズの調子はいかがですか？

- 特に不満はない
- 見えづらい (遠く・近く)     異物感が強い     乾燥しやすい     疲れやすい
- その他 ( )

### コンタクトレンズの使用状況

- 初めてコンタクトレンズを購入する
- 使い捨てソフト (  1日     2週間     1か月 )     ソフトレンズ     ハードレンズ
- 使用歴 \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 年間使用 (1週間に \_\_\_\_\_ 日、1日 \_\_\_\_\_ 時間装用)
- レンズの名前 ( )
- レンズデータ ( 右 )
- ※分かれば ( 左 )
- レンズ購入先  シティコンタクト ( \_\_\_\_\_ 店 )     その他販売店 ( \_\_\_\_\_ )
- インターネット     ドラッグストア     その他 ( \_\_\_\_\_ )

●メガネの使用状況

- あり ( \_\_\_\_\_ 年前に作製 )     なし

### 本日まで希望のレンズ

- 使い捨てソフト (  1日     2週間     1か月 )     ソフトレンズ     ハードレンズ
- メーカー・名前 ( \_\_\_\_\_ )

※裏面もご記入ください。

## 目の既往について

- 今までに目の病気をしたり、眼科を受診したことがありますか？ ない ・ ある  
病名 ( )  
いつ頃 ( )  
病院名 ( )  
治療歴 ( )  
薬剤名 ( )

## 体の既往について

- 現在、病気やケガで治療していますか？ いいえ ・ はい  
病院名 ( )  
 糖尿病 \_\_\_\_\_ 年前から治療 ・ HbA1c (GA) \_\_\_\_\_ % ・ インスリン注 (あり・なし)  
 腎臓病 透析 (なし・あり) ※シャント (右・左) 透析日 (月水金 ・ 火木土)  
 高血圧  高脂血症  心臓病  喘息  肝臓病  脳疾患  泌尿器疾患  
 感染症 ( B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 )  その他 ( )
- 日常的に服用している薬はありますか？ いいえ ・ はい  
( )
- アレルギー体質はありますか？ いいえ ・ はい  
 薬剤 ( )  食物 ( )  
 花粉症 ( )  その他 ( )

## 女性の方へ

- 現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ 週 ) ・ 可能性がある
- 半年以内に出産していますか？ いいえ ・ はい ( 生後 \_\_\_\_\_ ヶ月 ) ・ 授乳中

## その他

- 会計の際に、領収証とは別に「診療明細書」※無料 の発行を ( 希望する ・ 希望しない )
- 谷口眼科婦人科 (武雄市) を受診したことが ( ない ・ ある →※いつ頃? )
- 当院をどのようにしてお知りになりましたか？  
 家・職場から近い  テレビCM  口コミ (家族・友人からの紹介)  チラシ  
 看板  電話帳  ホームページ  その他 ( )
- マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) を当院が  
取得することに同意されましたか？  同意した  同意していない

当院では診療情報を取得・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いたします。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 6点、加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)