

池袋サンシャイン通り眼科診療所 問診票

○恐れ入りますがチェックをつけ、カッコ内を埋めてください。
○コンタクトレンズの処方をご希望の方は裏面もご記入ください。

フリガナ	生 年 月 日	性 別
お名前	年 月 日	男 ・ 女

※一時外出が可能です。ご希望される方は従業員にお声がけください。※

※視力検査は目の状態を判断するために重要な検査データの一つです。結膜炎などの症状のみで
ご受診される患者様にも、裸眼の状態での視力検査を行わせていただきます。お取りしたデータをもとに、
疾患の種類や合併症の有無を割り出し、疾患の進行や回復の比較に役立てています。※

☆現在、または1週間以内に発熱はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
☆最近コロナまたはインフルエンザの検査を受けましたか？ ☐ はい(日前) ☐ いいえ
受けた方→結果にチェックを入れてください ☐ 陽性 ☐ 陰性

■新宿東口眼科医院を受診したことがありますか

☐ はい ☐ いいえ

■本日の受診内容をお聞かせください。

- ☐ 目に症状がある
☐ メガネ処方
☐ コンタクトレンズ処方(表面と裏面をご記入ください)

■どのような症状がありますか。

(右 ・ 左 ・ 両眼) / いつから から

- ☐ かゆい ☐ 痛い ☐ 白目が赤い ☐ 目やにが出る ☐ 腫れがある
☐ 乾く ☐ 疲れる ☐ 異物感がある ☐ 目がかすむ
☐ 虫や糸くずのような浮遊物や光が見えることがある ☐ 視力が下がった気がする
☐ 手元が見えづらい ☐ ものが欠けて見える ☐ ものが歪んで見える
※その他具体的に()

■薬のアレルギーはありますか

☐ ある 種類を具体的に() ☐ なし

■女性の方へ 現時点で妊娠していますか ☐ はい ☐ いいえ

■他院(眼科以外も含む)に通院されている方へ

・以下の病気はありますか

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ アトピー ☐ 喘息 ☐ 他の眼科治療中 ☐ 特になし

・眼科を含む、通院中の病名・薬名を教えてください

(病名:)

(現在使用中の薬名:)

■今までにレーシック、レーザーなどの眼科手術を受けたことはございますか。

☐ ある 具体的に() ☐ なし

■今までに二重埋没法などの美容施術を受けたことはございますか。

☐ ある 具体的に() ☐ なし

※診察の結果、症状が美容施術に起因すると判断された場合は保険診療の対象外となるため、
自費診療となる可能性がございます。予めご了承ください。

■本日当院で処方するメガネの購入先はどちらですか？

☐ Jコンタクト ☐ その他の販売店・ネット販売店 ☐ 未定

☆コンタクトレンズ処方希望の場合は裏面もご記入下さい☆

池袋サンシャイン通り眼科診療所 コンタクトレンズご希望の方向け 問診票

■コンタクトレンズを使ったことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

■1日の装用時間はどれぐらいですか

(8時間未満 ・ 12時間未満 ・ 15時間未満 ・ 15時間以上)

■ご希望のレンズについて

※目の状態、症状によってはコンタクトレンズの処方ができない場合があります。※

※隣接するJコンタクトが取り扱いがないコンタクトレンズは処方できません。※

☐ 隣接店(Jコンタクト)に在庫があるコンタクトレンズの処方を希望

☐ 注文・直送になってもよいので目の状態に合ったレンズの処方を希望

■ご希望のレンズの種類

1day使い捨てソフトコンタクトレンズ ・ 2week使い捨てソフトコンタクトレンズ

長期装用できるソフトコンタクトレンズ ・ サークルレンズ、カラーレンズ ・ ハードレンズ

・ご希望のレンズ名があれば記入ください ☐ 未定・相談したい

()

■今までに使っていたレンズの名前 ☐ 覚えていない ・ 不明

()

・今までに使っていたレンズのデータ(もしわかれば)

(BC) (Power) (DIA) (CYL) (AXIS) (ADD)

右() () () () () ()

左() () () () () ()

■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 ・ 近くが見えづらい ・ 遠くが見えづらい ・ 乾きやすい

・ 異物感が強い ・ 疲れやすい ・ その他 ()

■本日当院で処方するコンタクトの購入先はどちらですか？

☐ Jコンタクト ☐ その他の販売店・ネット販売店 ☐ 未定

当院では患者様が安全に利用いただけるよう隣接販売店と連携をとり、

購入履歴から3ヶ月に1度の定期検査を推奨しております。

そのため隣接販売店以外での購入を希望する場合は1種類のみで最少箱数の処方となりますことをご了承ください。

☆ご記入いただきありがとうございます☆

当院では迅速なサービス提供のため、隣接販売店のJコンタクト様と氏名・住所・電話番号・年齢
性別・E-mail addressおよび処方データの共同利用をさせていただいております。

当院は診療情報を取得・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。