池袋サンシャイン通り眼科診療所　再診の方向け外来問診票

〇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。

年　　月　　日

フリガナ
お名前

※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

■新宿東口眼科院を受診したことがありますか

□はい　　□いいえ

■前回の当院受診後、他院（眼科以外も含む）での通院を開始されましたか。

□はい　　□いいえ

・「はい」の方はどのような病気で通院されたかご記入ください。

(　　)

■前回の受診後からお変わりはありませんか。

□変わりなし　　□変わりあり

※「変わりあり」を選択された方は気になる点があれば以下自由にご記入ください
WEB予約にて、症状を入力して頂いた方はご記入頂かなくて結構です。

(　　)

■女性の方へ　現時点で妊娠されていますか。　□はい　□いいえ

■本日メガネまたはコンタクトレンズの処方をご希望ですか。

□希望なし

□メガネ処方

□コンタクトレンズ処方（裏面もご記入ください）

☆ご記入いただきありがとうございました☆

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。

池袋サンシャイン通り眼科診療所　外来問診票　　再診CL

■前回当院で処方したレンズの使用感はどうでしょうか。

□問題ない　　□問題ある

※「問題ある」の方は具体的にご記入ください。

（　　）

■本日ご希望のレンズ

※患者様の目の状態によってはレンズの処方ができない場合があります。

□前回と同じレンズ　　□前回とは異なるレンズ

※「前回とは異なるレンズ」を選択の方へ

□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にあったレンズの処方を希望

・ご希望のレンズ名を記入してください。分からない場合は分かる範囲で記入してください。

（　　）

■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。
