

コンタクト処方について

- ①当院では処方箋の発行、ネット購入のための度数をお伝えすることなどは行っておりません。当院で購入される方が対象です。
- ②中学生の方から処方可能です。(小学生要相談)
- ③購入されるコンタクトはメーカー、度数に関わらず全て発注となります。
- ④コンタクトレンズ代金は先にご精算となります。
- ⑤眼鏡をお持ちでない方、度数が合っていない方は、眼鏡処方も同時にさせて頂いております。
- ⑥万が一返品される場合は、当院で発行した領収書をお持ち下さい。領収書が無い場合(紛失、破棄)、いかなる理由があっても返品、返金に対応できません。

初めてコンタクトを使用される方へ

- ①検査の後、装脱練習が必要となります。
 - ②装脱練習ができて、その日に購入することはできません。
(お試しレンズのみお渡しさせていただきます。)
 - ③一週間程度コンタクトの見え方や装用感などを試して頂き、一週間後の診察で問題なければ購入可能となります。
- ◎上記内容に承諾致します。 □はい □いいえ

年 月 日 / 氏名:

問 診 票

ひかり眼科

ふりがな

氏 名 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

住 所 〒 _____

電 話 (_____) - _____ 携帯 (_____) - _____

▽本日はどのような症状ですか？

- 充血 痛い かゆい 目やにが出る 涙目 異物感 腫れ 疲れ目
乾く かすむ 見えにくい 物が欠けて見える 糸くずが見える 外傷
検診 眼鏡処方 その他

それは、どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼

いつ頃から？ 【 _____ 】

▽過去、眼科に受診されたことはありますか？ はい いいえ

→(病名：白内障・緑内障・アレルギー・その他 _____)

→手術歴：あり なし

(ありの方→何で？ _____ いつ頃？ _____ どこで？ _____)

▽ご家族の方が眼科で治療を受けていますか？

はい→(病名：緑内障・網膜色素変性症・色覚異常) いいえ

▽現在、眼科以外で治療を受けていますか？ はい いいえ

→(病名：糖尿病・高血圧・脳梗塞・高脂血症・心疾患・喘息・腎臓疾患・アトピー)

▽現在、使用中のお薬などはありますか？ はい いいえ

→(お薬の名前： _____)

▽お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ はい いいえ

(はいの方→ _____)

▽普段、メガネやコンタクトレンズを使用されていますか？ はい いいえ

→メガネ コンタクトレンズ (ハード ソフト1D ソフト2W)

▽他院より転院を希望されますか？ はい いいえ

(はいの方→家から近い 待ち時間が長い 説明を詳しくして欲しい その他 _____)

▽当院を知ったきっかけは何ですか？

理由→のぼり チラシ 看板 ホームページ 病院ナビ EPARK 知人・家族
(その他 _____)

◎アレルギーを疑う方へ◎

その原因を調べたいですか？ はい 相談したい いいえ

◎女性の方へ◎

▼現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ ▼現在、授乳されていますか？

はい いいえ はい いいえ