

日付

## 受 診 表

ふりがな	
氏 名	男 ・ 女
生 年 月 日	明 大 昭 平 年 月 日 満 歳
住 所	〒
電 話 番 号	自宅 ( ) —
	携帯 — —
来院の理由	どちらの眼ですか (右眼・左眼・両眼) いつから ( ) どのような症状ですか 〔 〕
あてはまる 所に○を付 けて下さい	今、眼にコンタクトレンズが入っていますか？ ・はい (ハード ソフト ) ・いいえ
	・メガネを作りたい (日常生活用・老眼用) ・コンタクトレンズを作りたい ( ・使用したことがある ・初めて )
治療中の病気	糖尿病 高血圧 心疾患 腎疾患 喘息 その他 ( )
アレルギー	・ある ( ) ・ない
※女性の方	・現在妊娠している ・妊娠の疑いがある ・授乳中