質問	薬剤名や治療等を詳しく記入してください	
頭部や眼球に強い衝撃を受けたことがありますか（ スポーツ、交通事故、けんかなど）	いいえ・はい	
格闘技の経験はありますか（ プロ、アマチュア問わず ）	いいえ・はい	
薬のアレルギーはありますか	いいえ・はい	
食べ物のアレルギーはありますか	いいえ・はい	
アトピー性皮膚炎はありますか	いいえ・はい	
喘息はありますか	いいえ・はい	
花粉症はありますか	いいえ・はい	
膠原病はありますか	いいえ・はい	
リウマチはありますか	いいえ・はい	
腎不全など、腎臓の病気はありますか	いいえ・はい	
透析をしていますか	いいえ・はい	
輸血を受けたことがありますか	いいえ・はい	
感染症はありますか	いいえ・はい	B 型肝炎・C 型肝炎・梅毒・HIV その他（　　）
肝臓の病気はありますか	いいえ・はい	
肺炎にかかったことがありますか	いいえ・はい	
取り外しのできる歯はありますか（ 入れ歯、ブリッジ）	いいえ・はい	総・上・下・部分（　　）
難聴ですか	いいえ・はい	右・左・両　　補聴器（ 右・左・両 ）
高血圧や心臓の病気はありますか	いいえ・はい	
脳の病気はありますか	いいえ・はい	
睡眠薬や精神安定剤を服用していますか	いいえ・はい	
未熟児や早産、保育器に入っていたことがありますか	いいえ・はい	
職業と職種を教えてください	―	職業　　職種
身長と体重を教えてください	―	cm　　kg

◆ メガネを使用していますか
☐ いいえ　☐ はい　（ 遠用・近用・遠近両用・その他 _____ ）

◆ コンタクトを使用していますか（ 過去に使用していた方も含む ）
☐ いいえ　☐ はい　① （ ソフト・ハード ）
② 最終装用日（ ソフト　　年　　月　　日 ）
最終装用日（ ハード　　年　　月　　日 ）

◆ 喫煙はしますか
☐ いいえ
☐ はい　（　　歳 ～　　本／日 ）
☐ 過去に喫煙（　　歳 ～　　歳　　本／日 ）

◆ 飲酒はしますか
☐ いいえ　☐ はい　（ 頻度　　種類　　量　　）

◆ 女性の方、お答えください　① 現在、妊娠中又は授乳中ですか　② ホルモン剤、ピルなどを服用していますか
☐ いいえ　☐ はい　（ ① 妊娠中・授乳中・両方　　② 　　）

◆ 男性の方、前立腺疾患はありますか　① 病名を教えてください　② 内服薬を服用していますか
☐ いいえ　☐ はい　（ ①　　② 　　）