

# コンタクトレンズ問診票

年 月 日

ふり 氏 かな 名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日

大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

携帯番号 ( ) \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

◎該当するものにチェックしてください

今までにコンタクトレンズを使用していますか？

いいえ

はい (  乱視なし  乱視用 )

ハードコンタクト

ソフトコンタクト (  長期タイプ  2週間タイプ  1日タイプ )

現在使用されているメーカー名・レンズ名はおわかりですか？

メーカー名 ( ) レンズ名 ( )

今回どちらのコンタクトレンズをご希望ですか？

ハードコンタクト  使い捨て(ソフト)2週間タイプ  使い捨て(ソフト)1日タイプ

希望のメーカー・レンズはありますか？

(今と同じレンズ その他: )

今までに眼の病気をしたことがありますか？

いいえ  はい (病名: )

コンタクトレンズを使用している時に以下の症状はありますか？

目ヤニが出る  充血する  異物感がある  乾燥感が最近つよい

メガネを併用されていますか？

いいえ  はい →  遠く用  近く用  遠近両用

目薬は使用されていますか？

いいえ  はい (種類: )

薬や食物によるアレルギーはありますか？

なし  ありある場合詳しく ( )

女性の方にお伺いします

妊娠中である  授乳中である

他に気になる事、ご希望などあればご記入ください

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_