＜コンタクトレンズ問診票＞

年　　月　　日

氏名（ふりがな）　　性別　男　・　女　　年齢　　歳

生年月日　　年　　月　　日　　電話番号　　（　　）

住所　〒

●今までにコンタクトレンズを使用していますか？

□ いいえ

（別紙「コンタクトレンズ処方をご希望の方へ」の内容に同意しますか。
□ いいえ　　□ はい　　※ いいえの場合は、処方箋をお出しできません。）

□ はい　（ □ 乱視なし　　□ 乱視用　　□ 遠近 ）

本日コンタクト装用中
□ いいえ　　□ はい

□ ハードコンタクト
□ ソフトコンタクト　（□ 長期タイプ　　□ ２weeks　　□ １day ）
・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　（　　）

●今回ご希望のコンタクトレンズはどのタイプですか？

□　ハードコンタクト　　□　２weeks　　□　１day

●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（　　）

●メガネを持っていますか？

□ いいえ　　□ はい　⇒　□ 遠く用　　□ 近く用　　□ 遠近両用

●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　　□ 充血　　□ 異物感　　□ 乾燥感　　□ かゆみ
□ コンタクトがずれる　　□ その他（　　）

●上記の症状での薬の希望はありますか？　　□ なし　　□ あり

●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（　　）

●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：　　）

●現病歴（ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ その他（　　）・ 無 ）

●使用中の飲み薬・つける薬（点眼・軟膏）はありますか？

□ なし　　□ あり　（種類：　　）

●女性の方にお伺いします

□ 妊娠中である（第　　週）　　□　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