

コンタクトレンズ 問診票

ふりがな					
お名前	男性・女性				
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢 才
住所	〒 —				
	自宅電話 ()	—	携帯 ()	—	

※当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- 知人の紹介 家族の紹介 家や会社から近い 以前受診したことがある
 ホームページ 情報誌 他院や施設からの紹介 その他 ()

●未成年の方は、コンタクトレンズの使用について保護者の承諾は得られていますか？

- はい いいえ

●現在 充血、目やに、痛み、乾燥感などの気になる症状はありませんか？

- ない ある ()

●アレルギーはありますか？

- ない 花粉 食べ物 動物 その他
 具体的に ()

●ご希望のコンタクトレンズのタイプを教えてください。(複数回答可)

- ソフトタイプ 1日使い捨て 2週間交換 1ヶ月交換 1年交換
 ハードタイプ
 相談して決めたい

●ご希望の使用頻度を教えてください。

- 毎日 週5日 週3～4日 週2～3日 特別な時のみ

コンタクトレンズの使用経験がある方は、以下の質問にお答え下さい

●コンタクトの使用歴を教えてください。

- 5年以上 10年以上 20年以上 30年以上 その他 () 年

●レンズのタイプを教えてください。(複数回答可)

- ソフトタイプ 1日使い捨て 2週間交換 1ヶ月交換 1年交換
 ハードタイプ

●使用頻度を教えてください。

- 毎日 週5日 週3～4日 週2～3日 特別な時のみ

●現在お使いのレンズのメーカー名を教えてください。(レンズ名でも結構です)

- ジョンソン&ジョンソン アルコン メニコン シード ボシュロム
 クーパービジョン ロート アイミー サンコンタクトレンズ
 その他 ()

●現在のケア方法を教えてください。(商品名でも結構です)

- こすり洗い つけおき洗い こすり洗い+つけおき洗い
 その他 ()