

★コンタクトレンズ問診票★

氏名[]

当院は販売用コンタクトレンズの在庫がないため、当日の購入・お渡しができないことご了承ください。

※該当するものにはチェック、その他は下線部に記入して下さい。

(1)来院した理由は何ですか？

コンタクトレンズの作成/購入 コンタクトレンズの定期検査

コンタクトレンズの調子が悪い その他 _____

(2)職業(仕事の内容)を教えてください _____

(3)1日のスマホ・パソコン使用時間 平均_____時間

(4)今までに下記の病気にかかったことがありますか？

アレルギー性鼻炎/皮膚炎 アトピー 花粉症 ドライアイ その他 _____

(5)コンタクトレンズの使用経験はありますか？

ある ない

コンタクトレンズを作成・購入希望の方へ

★希望するコンタクトレンズはありますか？

ある → ハードコンタクトレンズ ソフトコンタクトレンズ

使い捨て 1day 2week 1month 遠近両用 種類名()

ない

★どのような状況でコンタクトレンズを使用されますか？

スポーツ パソコン 読書 運転 その他()

※以下は現在コンタクトレンズを使用中の方のみ、お答え下さい

☆はじめて作ったのはいつごろですか？ _____年_____ヶ月前

☆過去に使用したことのあるレンズの種類は何ですか？(複数回答可)

ハードコンタクトレンズ ソフトコンタクトレンズ 使い捨てソフトコンタクトレンズ

☆現在使用中のレンズはいつ作りましたか？ _____年_____ヶ月前

☆現在使用中のレンズはどこで作りましたか？

病院 眼科医院 コンタクトレンズクリニック インターネット その他 _____

☆現在使用中のレンズを教えてください(種類・商品名・度数など) 種類_____

☆現在のレンズはどのくらい装用していますか？ 商品名_____

1日平均_____時間位 週_____日 度数 右_____ / 左_____

☆現在のコンタクトレンズの調子はいかがですか？

調子よい 度が強い 遠くが見えにくい 近くが見えにくい 装用感が悪い

ずれる くもる レンズが汚れやすい その他 _____

☆定期検査を受けていましたか？

受けている 受けていない