

ふりがな	※ひらがなで記入ください			生年月日	昭・平	年	月	日
お名前				年齢	歳	性別	男・女	
住所	〒()							
電話番号	()	-	※連絡のつく番号をご記入ください					
携帯番号	()	-						

1. 今までにコンタクトレンズをしたことはありますか。

(1) ある (2) 今回のはじめて

2. 今回ご希望のレンズは何ですか。

- (1) ハードレンズ
 (2) ソフト (ワンデー / 2ウィーク / 1カ月)
 (3) 乱視用 (ワンデー / 2ウィーク)
 (4) 遠近両用 (ワンデー / 2ウィーク)
 (5) リングタイプレンズ (ワンデーのみ)
 (6) 相談して決めたい

※度数なしのコンタクトレンズは保険適用外のため当院では処方することができません。あらかじめご了承ください。

3. 目の病気にかかったことがありますか。

(1) ない
 (2) ある (病名：)

4. 薬のアレルギーはありますか。

(1) ない
 (2) ある (薬品名：)

5. 食べ物のアレルギーはありますか。

(1) ない
 (2) ある (食品名：)

6. 花粉症はありますか。

(1) ない
 (2) ある (時期：(~) 月ころ)

7. 眼鏡はもっていますか。

(1) もっている
 (2) もっていない

現在コンタクトをご使用の方は右欄にもご記入ください。

1. ご使用のコンタクトレンズは何ですか。

メーカー名 ()
 製品名 ()
 度数 (右： 左：)

2. コンタクトの装用歴はどのくらいですか。

() 年 () カ月くらい

3. コンタクトの装用時間はどのくらいですか。

週に () 日、1日平均 () 時間

4. 現在コンタクトレンズの調子はどうですか。

- (1) 調子よい
 (2) 見えにくい
 (3) 近くが見えにくい
 (4) 目が充血する
 (5) 目が痛い、異物感がある
 (6) レンズがずれる
 (7) くもる
 (8) 目が乾く
 (9) 目が疲れる
 (10) その他 ()

5. レンズケアについて選んでください。

- (1) 洗浄液は何をお使いですか。
 (ハード用・MPS・過酸化水素)
 (製品名：)
 (2) こすり洗いはしていますか。
 (はい いいえ)

6. 定期検診は受けていますか。

(はい いいえ)
 前回定期検診を受けたのはいつ頃ですか。
 (カ月前くらい)