



コンタクトレンズの処方箋はお出ししていません。

コンタクトレンズ問診票

ふりがな 氏 名	生年月日 T S H 年 月 日 (才)
〒 ー 住 所	電話番号

- 本日、コンタクトレンズは入っていますか？ はい ・ いいえ
「はい」と答えられた方コンタクトレンズのメーカー名及び商品名を教えてください（分ければ）
()
- ご希望のコンタクトレンズはありますか？
ハード ・ ソフト使い捨て（1日交換・2週間交換・1ヶ月交換） ・ 特になし
※ご希望のメーカー、商品名があれば教えてください
アルコン ・ ポシュロム ・ ジョンソン ・ メニコン その他のメーカー ()
商品名 ()
- コンタクトレンズをすぐに持って帰りたいですか？ はい ・ いいえ ・ どちらでもよい
- お薬、注射などのアレルギーはありますか？
はい ・ いいえ
はいの方 ()
- 現在メガネを使用されていますか？ はい ・ いいえ
- 1日のコンタクトレンズの装用時間はどのくらいですか？
必要時のみ ・ 毎日装用 ⇒約 () 時間
- 今までコンタクトレンズを使用していてトラブルはありましたか？
はい ・ いいえ
「はい」と答えられた方具体的に教えてください
()
- 今まで下記の病気にかかったことはありますか？
花粉症 ・ アトピー ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 緑内障 ・ 網膜剥離
その他 ()
- 現在妊娠あるいは授乳されていますか？ はい（妊娠 ヶ月 ・ 授乳中） ・ いいえ
- 診察医師の希望はありますか？ 院長 ・ 副院長 ・ 希望なし
- ご来院のきっかけは？
インターネット ・ 看板 ・ 知人の紹介 () 様
家、あるいは職場から近い ・ 雑誌を見て ・ その他 ()

ありがとうございました。