

**既** **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	性別 男・女	生年月日 S H R 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（分かれば）  
( )
- 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） ・ 遠近両用 ・ 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  
※レンズの種類や度数によっては本日お持ち帰り頂けない場合もございます
- 現在メガネを使用されていますか？ はい ・ いいえ
- 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 ( )
- お薬、注射などでアレルギーはありますか？  
はい ・ いいえ  
はいの方 ( )

ありがとうございました