

初

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)
〒 - 住所	電話番号	

- 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 ・ ボシュロム ・ ジョンソンエンドジョンソン ・ メニコン
その他のメーカー（ ）
商品名（ ）
- どのようなときに使用する予定ですか？
日常的に ・ 休日のみ ・ スポーツ時に
- 現在メガネを使用されていますか？
はい ・ いいえ
- 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。