

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	生年月日 T S H R 年 月 日 (才)
〒 ー 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 ・ ポッシュロム ・ 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（ ）
- 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、食べ物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
- 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
その他（ ）
- 目は乾きやすいですか？ 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（ ）
- 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。