

コンタクトレンズ問診票

(フリガナ)

氏名： _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

住所 〒

電話 () - 携帯電話 () -

● コンタクトレンズを使った事がありますか？

- ① いいえ
- ② はい (ハード ・ ソフト)
メーカー名 種類
度数 : 右 左

● 今回ご希望のレンズ？

- 1. ハード
 - 2. ソフト： ワンデータイプ ・ 2週間交換
 - 3. 遠近両用
- その他、試したいレンズがあればお書き下さい。
()

● 現在お使いのレンズで何か問題ありますか？

- 1. 特にない
 - 2. ある
- ① 見えにくい ② 目が乾く ③ ゴロゴロする ④ 痛い
 - ⑤ かゆい ⑥ 充血する ⑦ ずれる
 - ⑧ その他 ()

● お薬手帳はお持ちですか？

- ① はい お持ちでしたら受付でお出しください
- ② いいえ