コンタクトレンズ問診表

＊ハードコンタクトレンズ・ソフトコンタクトレンズの種類によっては注文になることがありますので、
ご了承ください。
＊当院ではコンタクトレンズ処方箋のみの発行はしておりません。

★当てはまる箇所に〇および記入をお願いします。(わかる範囲で結構です)

・コンタクトレンズを使用した経験はありますか？　初めて　・　経験あり　(ハード・ソフト)
いつから　(　　年前)

・コンタクトレンズのトラブルはありますか？　ある(　　)　・　ない

・メガネは使用されていますか？　している　・　していない　・　持っていない

・スポーツはされますか？　はい(種目：　　)　・　いいえ

・車の運転はされますか？　はい　・　いいえ

★現在、ご使用のコンタクトレンズ・ケアについてお伺いします。

＜レンズについて＞

・いつ頃作られましたか？　＿＿＿＿年＿＿＿＿ヵ月前

・毎日装用されますか？　はい　・　いいえ(必要時のみ装用)　眼鏡とコンタクトを併用

・レンズ　メーカー名(　　)　レンズ名(　　)

・度数　R:　(　　)　L:　(　　)

・ケア用品　商品名(　　)　・　わからない

・眼の調子はいかがですが？　良い　・　悪い(どちらの眼：　症状：　　)

★今回ご希望のレンズについてお伺いします

・ハードコンタクトレンズ　・　ソフト(使い捨て)コンタクトレンズ(　1Day　2W　その他：　)
ご希望のレンズ名(　　)　・　相談の上決定したい