

コンタクトレンズ問診票

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
------------	--	------	-------------	----	-----

まずはこちらをお読みいただき、ご確認の上チェックをお願いいたします。

- 当院では、中学生・高校生の方は医師の診察の上でコンタクトレンズを処方できるか決まります。必ず保護者同伴での受診をお願いいたします。
 - コンタクトレンズ装用が初めての方は、1 Day（1日使い捨てのコンタクトレンズ）のみの処方になります。
 - 眼科的疾患がある場合、コンタクトレンズが処方できない場合もあります。
 - 初回は検査（眼底検査など）のみとなります。コンタクトレンズ合わせは別の日に予約となります。（検査時に予約の日程を相談させていただきます。）
 - 眼鏡をお持ちの場合は、初回検査時に持参してください。
 - ハードコンタクトレンズをご使用の方はコンタクトレンズ装用によってデータが変動があるので、受診前の1週間からコンタクトレンズの装用を中止してください。
 - コンタクトレンズの処方箋は発行しておりません。データのみの提示もお断りしております。
 - 眼鏡を持っていない場合や度数が合っていない場合は、眼鏡を作成していただきます。
 - コンタクトレンズ注文時には毎回、視力検査と診察が必要になります。

I. コンタクトレンズの装用経験はありますか。

- はい いいえ

*はいとお答えの方は①～④にお答えください。

①ご使用のコンタクトレンズ

- ソフトコンタクトレンズ（ 1 Day・2 Week ） 遠近両用（ 1 Day・2 Week ）
カラーコンタクトレンズ（ 1 Day・2 Week ） ハードコンタクトレンズ

②度数とメーカー

⇒ 度数 右 () 左 ()
⇒ メーカー・種類 ()

③購入場所

- 眼科 コンタクトレンズ販売店 インターネット その他

④眼科に最後受診されたのはいつですか

- 数か月前 半年前 一年前 それ以上前 不明 初めて

※眼鏡をお持ちでない場合、度数が合わない場合は眼鏡も合わせます。

- はい いいえ

3. 今回のご希望のコンタクトレンズについてお伺いします。※装用が初めての方は1 Dayになります。

- ソフトコンタクトレンズ（ 1 Day · 2 Week ） 遠近両用（ 1 Day · 2 Week ）
 カラーコンタクトレンズ（ 1 Day · 2 Week ） ハードコンタクトレンズ

4. コンタクトレンズで気になる目の症状はありますか。

- 特になし 見づらい 疲れる 乾燥する その他 ()
⇒どちらの目ですか 右目 左目 両目
⇒いつからですか 数日前 数か月前 1年以上前 その他 ()