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。

☐**定期的な視力検査と診察**が必要です。
☐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致します。
☐コンタクトレンズ装用が初めての方と中高生の方は、１Day（１日使い捨てタイプ）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することがあるため、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。

１．　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（　１Day・２Week　）　☐遠近両用（　１Day・２Week　）
☐カラーコンタクトレンズ（　１Day・２Week　）　☐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

2.　眼鏡はお持ちですか。　※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、中高生の方は１Dayになります。

☐ソフトコンタクトレンズ（　１Day・２Week　）　☐遠近両用（　１Day・２Week　）
☐カラーコンタクトレンズ（　１Day・２Week　）　☐ハードコンタクトレンズ
⇒メーカー・種類　☐希望なし　☐希望あり（　　）

4.　コンタクトレンズで気になる目の症状はありますか。

（　　）

大川眼科医院