

コンタクトレンズご希望の方へ [下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい]

202 年 月 日

フリガナ _____

お名前 _____ (男・女)

1. 今、コンタクトレンズは目に入っていますか？ (はい ・ いいえ)

2. コンタクトレンズを使用したことがありますか？ (ある ・ ない)

3. 使用したことがある方に質問です。

① どのようなコンタクトレンズを使用したことがありますか？ ○を付けて下さい。

1 日使い捨てレンズ、2 週間使い捨てレンズ、その他使い捨てレンズ

ソフトコンタクトレンズ、ハードコンタクトレンズ

その他()

② どの程度装用されていますか？

一日に()時間位、週に()日程度、月に()日程度、

現在装用中止していた場合には、注視している期間()ヶ月・()年

③ レンズケースの洗浄、乾燥、定期的な交換をしていますか？

(している ・ 大体している ・ あまりしていない ・ まったくしていない)

4. 現在、眼の調子はいかがですか？

良好

痛い(右目・左目・両目) ・ かゆい(右目・左目・両目) ・ はれている(右目・左目・両目)

充血(右目・左目・両目) ・ メヤニ(右目・左目・両目) ・ 涙が出る(右目・左目・両目)

異物感(右目・左目・両目) ・ 見えづらい(右目・左目・両目) その他()

5, また、調子の悪い方はいつ頃からですか？

() 日前より () ヶ月前より () 年前より

6、アレルギーは？ (ある ・ ない)

7、現在ご使用のコンタクトレンズの名称、データがお分かりの方はご記入ください。

メーカー名		レンズ名				
右	B.C (レンズのカーブ)	・	P(度数)	・	S(サイズ)	・
左	B.C (レンズのカーブ)	・	P(度数)	・	S(サイズ)	・

8、現在、メガネを持っていますか？ (持っている ・ 持っていない)

9.ご希望のコンタクトレンズは、度数ゼロのカラー、サークルレンズですか？

・はい (度数ゼロのカラー、サークルレンズの処方には保険適用がありません。

自由診療になり 基本診察料 初診 2,880 円、再診料 730 円、検査料 2,000 円です。)

・いいえ (度数があるカラー、サークルレンズの処方には保険適用があります。)

9、ご希望のレンズのタイプがあればご記入ください。

ハード、1 日使い捨てレンズ 、 2 週間使い捨てレンズ 、 今までと同じ

10、具体的なご希望のレンズ名があれば、ご記入ください。_____

11、現在のレンズに問題があれば、教えてください。

見えにくい 目が乾く ゴロゴロする 充血する 疲れる

そのほか()