問診票（コンタクトレンズ用）

No.

フリガナ			性別
氏　　名			男　・　女
住　　所	〒		
電話番号		携帯電話	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　【　　歳】		

1．今までコンタクトレンズのご使用経験はありますか？　　はい・いいえ

2．経験のある方はご回答下さい。（分かる範囲内でご記入下さい。）

◇ハードレンズ　　（メーカー：　　）

◇ソフトレンズ（使い捨て以外）　　（メーカー：　　）

◇使い捨てレンズ

・１DAYタイプ（メーカー：　　）

・２週間タイプ（メーカー：　　）

◇カラー（サークルレンズ）目が大きく見える（メーカー：　　）

◇カラーレンズ（瞳の色が変わるレンズ）　　（メーカー：　　）

3．本日は、どのようなコンタクトレンズをご希望ですか？　　両眼・右眼・左眼

◇ハードレンズ

◇ソフトレンズ（使い捨て以外）

◇使い捨てレンズ　　・１DAYタイプ　・２週間タイプ　・１ヶ月タイプ

◇カラー（サークルレンズ）目が大きく見える　・１DAYタイプ　・２週間タイプ

◇カラーレンズ（瞳の色が変わるレンズ）　・１DAYタイプ

◇まだ決めていない

4．女性の方へ

・現在妊娠されていますか？　いいえ・はい（　　ヶ月）・可能性あり

・現在授乳中ですか？　いいえ・はい（　　ヶ月）

※女性の甲状腺の病気はおおよそ１０人に１人と言われています。当院では甲状腺の触診によるスクリーニング検査をお勧めしております。

検査を希望しますか？　　はい・いいえ

5．今まで眼の病気・手術の経験はありますか？　　いいえ・はい（病名　　）

6．アレルギー・花粉症はありますか？　　いいえ・はい

7．コンタクト装用時にスポーツをしますか？　　いいえ・はい（スポーツ名：　　）

8．長時間の読書・パソコンはしますか？　　いいえ・はい（平均時間：　　）

9．自動車の運転はしますか？　　いいえ・はい（近々免許更新　あり・なし）

ご記入後、受付までお持ちください。