《コンタクトレンズ問診票》

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令 年　月　日
氏　名	男 女	年　齢	歳
住　所	〒 (マンション、アパート名もご記入お願いします)	電　話	自宅 携帯 (お持ちの場合は必ずご記入下さい)
メールアドレス			

★コンタクトレンズの使用経験はありますか。

□初めて

□現在使用している（使用中のレンズ ：□ワンデー □2 ウィーク □それ以外のソフトレンズ □ハードレンズ ）

・メーカー　（　　）

・レンズ名　（　　）

・度 数　（ 右:　　左:　　）

★今回処方をご希望のレンズはどのタイプですか。

□使い捨て（ □ワンデー □2 ウィーク □乱視用 □遠近 □カラーレンズ ）

□ハードレンズ

メーカーやレンズ名などの具体的な希望があればご記入ください。

（　　）

□特に決めていない

★現在コンタクトレンズをご使用中の方にお尋ねします。

①コンタクトレンズはどれくらいお使いになりますか。

週（　）日　1 日平均（　）時間くらい

②使用環境について

・パソコン作業　□なし　□あり(1 日平均　時間くらい)

・車の運転　□しない　□する

③現在使用中のコンタクトレンズの調子はいかがですか。

□良好 □見えにくい □乾く □曇る □ゴロゴロする □かゆみ

□その他（　　）

★次のアレルギーはありますか。

□ハウスダスト・ダニ　□スギ・ヒノキ・カモガヤ・ブタクサ　□薬・注射など（　　）

★当院をお知りになった最初のきっかけは何でしたか。

□Google　□Google 以外の検索エンジン（Yahoo など）　□病院なび　□ドクターズファイル

□他医療機関の紹介　□家族・知人の紹介　□通りがかり　□その他（　　）

新 横 浜 あ お い 眼 科