

# 《コンタクトレンズ問診票》

年 月 日

ふりがな		生年	大・昭・平
氏 名		月 日	年 月 日
		年 齢	歳
住 所	〒	電 話	自宅
	(マンション、アパート名もご記入お願いします)		携帯

★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 )

カラーコンタクト  ハード

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

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。

検索エンジン  病院なび  ドクターズファイル  駅の看板  電柱広告

他医療機関の紹介  知人の紹介  通りがかり  その他( )

新 横 浜 あ お い 眼 科