

コンタクトレンズ問診票

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____

該当箇所に○または☑をご記入ください

◆コンタクト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

使い捨て (ワンデー 2ウィーク 乱視用 遠近両用 カラーレンズ)

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: _____)

ブランクあり (約 _____ 年)

◆今回処方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 遠近両用 カラーレンズ)

ハードレンズ 今と同じレンズ 特に決めていない

◆コンタクトの種類を決める際、重視するポイントは何でしょうか

値段 素材 乾き UVカット 特になし

◆どのような状況でコンタクトレンズを使用されますか

スポーツ 運転

スマホ・パソコン (使用時間 一日平均 _____ 時間位) 読書

その他 (_____)

◆現在コンタクトレンズをご使用の方にお聞きします

(1) 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 (_____)

(2) コンタクト装用時間

1日平均 _____ 時間位 / 週 _____ 日 必要時のみ スポーツ時のみ

◆眼鏡を持っていますか いいえ はい (遠用 近用 遠近両用)

◆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 (_____)

厚木いいだ眼科