

問診表（コンタクトレンズを使ったことのある方）

- ① 今回ご希望のコンタクトレンズの種類を教えてください。

レンズタイプ（1日使い捨て 2週間交換 1ヶ月交換 ハードレンズ）
その他（ ）

- ② 現在ご使用のコンタクトレンズおよびケア用品について教えてください。

レンズタイプ（1日使い捨て 2週間交換 1ヶ月交換 ハードレンズ）
その他（ ）

レンズ名（ ）

ケア用品名（ ）

- ③ コンタクトレンズの装用環境について教えてください。

1日の装用時間（8時間未満 8時間以上 12時間以上）

装用日数（週1～2日 週3～5日 毎日 必要なときだけ しばらく使っていない）

コンタクト装用暦（約 年）

- ④ 気になる症状はありませんか？

（充血 かゆみ めやに 異物感 乾燥感 その他）

花粉症について（ある ない）

- ⑤ 今まで、コンタクトレンズの装用によるトラブルが起きたことはありますか？

（ある ない）

どのような症状でしたか？（“ある”と答えた方）

（ ）

- ⑥ コンタクトレンズ装用について困っていること、希望等、何かありましたらお書きください。

（ ）

受診日（ 月 日）

氏名 _____