問診表（コンタクトレンズを始めてお使いになる方）

① 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 コンタクトレンズの予定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）

③ 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　　（ある　　ない）

④ コンタクトレンズ装用について不安なこと、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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿