

コンタクトレンズ問診票

年 月 日

お名前 _____

初めてコンタクトレンズをされる方

- ・未成年の方はコンタクトレンズの使用について保護者の承諾を得られていますか？
はい いいえ
- ・現在、充血・目やに・痛み・乾燥感などの気になる症状がありますか？
ない ある (_____)
- ・アレルギーがありますか？
ない 花粉 食べ物 動物 その他
具体的に (_____)
- ・希望のコンタクトレンズを教えてください
(当院は1日使い捨てレンズからのスタートを推奨しています)
1日使い捨てクリアーレンズ
1日使い捨てサークルレンズ(高校生以上)
1日使い捨て遠近両用レンズ _____ 等
- ・希望の使用頻度を教えてください
毎日 週5日 週3~4日 週2~3日 必要な時だけ

コンタクトレンズの使用経験がある方

- ・コンタクトレンズの使用歴を教えてください
5年以上 10年以上 20年以上 30年以上 その他(_____)年
- ・現在使用中のレンズタイプを教えてください
ソフトタイプ(1日使い捨て 2週間使い捨て 1か月交換 1年交換)
サークルレンズ(1日使い捨て 2週間使い捨て) ハードタイプ
- ・現在使用中のレンズのメーカー名を教えてください(レンズ名でも結構です)
ジョンソン&ジョンソン アルコン メニコン シード ポシュロム
クーパービジョン ロート アイミー サンコンタクト
その他(_____)
- ・現在のケア方法を教えてください(商品名でも結構です)
こすり洗い つけおき洗い こすり洗い+つけおき洗い
その他(_____)
- ・今回購入希望のコンタクトレンズを教えてください
ソフトタイプ(1日使い捨て 2週間交換 1か月交換 1年交換)
ハードタイプ 相談して決めたい
その他(_____)