

コンタクトレンズ問診票

(H)

フリガナ		
氏名		男 ・ 女

1、コンタクトレンズを使用したことがありますか？ はい いいえ

2、今まで目の病気にかかったことがありますか？

ない ・ ある (病名)

3、薬のアレルギーはありますか？ ある (薬品名) ない

4、女性の方のみ、現在妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ ・ 授乳中)

※コンタクトレンズを使用したことがある方のみ、以下の質問にお答えください。

5、初めてコンタクトレンズを使用したのはいつ頃ですか？ 年前

6、過去に使用したことのあるレンズの種類は何ですか？

ハード ・ ソフト ・ 使い捨て ・ カラコン (1day ・ 2week ・ 1month)

7、現在使用中のコンタクトレンズはどんな種類ですか？

ハード ・ ソフト ・ 使い捨て ・ カラコン (1day ・ 2week ・ 1month)

8、現在使用中のコンタクトレンズの商品名を教えてください。

右眼 商品名 () 度数 () 不明

左眼 商品名 () 度数 () 不明

9、現在使用中のコンタクトレンズはどこで購入しましたか？

眼科 コンタクトレンズ量販店 インターネット 薬局 その他

10、現在のコンタクトレンズはどのくらい装用していますか？

1日 時間位 週 日

11、現在のコンタクトレンズの調子はいかがですか？

調子よい 視力が弱い 度が強い 近くが見えにくい 二重に見える 目が乾く

レンズが汚れやすい 目やにが出る 充血する 痛い 涙が出る ずれる くもる

※平岡イオンにある札幌平岡公園眼科でコンタクトレンズ処方を受けたことはありますか？

(はい・いいえ)