

コンタクトレンズご希望の方へ

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 昭・平 年 月 日

〒 _____

住所 _____ 年齢 _____ 歳

_____ 電話 _____

当院を何で知りましたか？ 1)通りがかり 2)ロコミ 3)ぱど 4)道路看板
5)ホームページ 6)スタッフ、院長からの紹介 7)ダイレクトメール
8)その他 ()

1.視力が落ち始めたのは、何歳の頃からですか？ (歳)

2.メガネを作ったことがありますか？ ↓ ある ない

メガネを作ったことがある方だけお答えください

・初めてメガネを作ったのは何歳の時ですか？ (歳)

・現在使っているメガネはいつ頃つくったメガネですか？ (歳)

3.コンタクトレンズを使ったことがありますか？ ↓ ある ない

コンタクトレンズを使ったことのある方だけお答えください

・初めてコンタクトレンズを作ったのは何歳の頃でしたか？ (歳)

・今までに使ったことのあるコンタクトレンズの種類全てに印を付けてください

使い捨てソフトレンズ ソフトレンズ ハードレンズ

・現在使っているコンタクトレンズについて教えてください

現在の度数 右 () 左 ()

メーカー () 商品名 () 購入時期 (ヶ月前・ 年前)

購入場所 (病院・診療所 コンタクト量販店 インターネット)

病院名 ()

タイプ： 1 Day 2 Week 長期使用タイプ

・今までコンタクトレンズが原因の病気で治療を受けたことがありますか？

ない ある (病名)

・何ヶ月分購入ご希望ですか 1ヶ月分 2ヶ月分 3ヶ月分 その他 ()

4.コンタクトレンズの使用 (予定) 頻度は

毎日 週 2~3日 月数回 スポーツなどをするとき その他 ()

5.本日ご希望のコンタクトレンズがありましたらお聞かせください

特に希望なし 希望あり (具体的に)

6.次の病気にかかったことがありますか？

花粉症 アレルギー アトピー性皮膚炎 なし

7.体に合わない飲み薬、注射はありますか？

ない ある→ ()

8.本日、コンタクトをつけていますか？

いいえ はい (右目 ・ 左目 ・ 両方) ありがとうございました。