

## 問診表 (コンタクトレンズ購入)

(ふりがな)	性別	生年月日	年齢
お名前	(男・女)	昭・平 年 月 日	歳
住所 〒 -			
電話番号 (自宅)		(携帯)	

※わかる範囲でご記入ください。スタッフがのちほど詳しくお話を伺います。

現在、目に何か症状はありますか？

- ない
- 充血     目やに     かゆみ     乾燥     疲れ     痛み     まぶたの腫れ
- その他 ( )

●いつ頃お気づきになりましたか？ それはどちらの目ですか？

\_\_\_\_\_頃から ( 右目 ・ 左目 ・ 両目 )

●現在お使いのコンタクトレンズの調子はいかがですか？

- 特に不満はない
- 見えづらい (遠く・近く)     異物感が強い     乾燥しやすい     疲れやすい
- その他 ( )

### コンタクトレンズの使用状況

- 初めてコンタクトレンズを購入する
- 使い捨てソフト (  1日     2週間     1か月 )     ソフトレンズ     ハードレンズ
- 使用歴 \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 年間使用 (1週間に \_\_\_\_\_ 日、1日 \_\_\_\_\_ 時間装用)
- レンズの名前 ( )
- レンズデータ ( 右 )
- ※分かれば ( 左 )
- レンズ購入先  シティコンタクト ( \_\_\_\_\_ 店 )     その他販売店 ( )
- インターネット     ドラッグストア     その他 ( )

●メガネの使用状況

- あり ( \_\_\_\_\_ 年前に作製 )     なし

### 本日も希望のレンズ

- 使い捨てソフト (  1日     2週間     1か月 )     ソフトレンズ     ハードレンズ
- メーカー・名前 ( )

※裏面もご記入ください。

### 目の既往について

