

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 ・ 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____ 年 齢 _____ 歳

(〒 _____) 電 話 番 号 _____

携 帯 番 号 _____

1.コンタクトレンズを使ったことがありますか？

☐ ない ☐ ある(下記もご記入ください)

- ・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すべてに印をつけてください
☐ 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
商品名(_____) メーカー(_____) 購入時期(_____ ヶ月・年前)
- ・今までコンタクトレンズが原因の病院で治療を受けたことがありますか？
☐ ない ☐ ある 病名(_____)

2.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 _____)

3.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

4.体に合わない飲み薬、注射はありますか？

☐ ない ☐ ある(_____)

5.眼について、視力以外で気になることはありますか？

☐ ない ☐ ある(具体的に： _____)

6.女性の方のみ、お答えください

現在妊娠していますか？ ☐ いいえ ☐ はい (_____ ヶ月) ☐ 授乳中