

コンタクトレンズ問診票

当院ではコンタクトレンズの処方指示書（処方せん）の発行は行っておりません。

本日はレンズの購入はできません。

1日目→視力検査・屈折検査・散瞳薬による眼底検査・診察

2日目→コンタクトレンズ合わせ・診察（初めての場合は装用練習も）

トライアルレンズによるお試し ※使用経験ある方は購入もできます

3日目→レンズの購入

1.コンタクトレンズの使用経験はありますか。

初めて

現在使用中 または ブランクあり(_____年前)

使い捨て（1 day / 2week / 1month / 乱視用 / 遠近両用 / カラーレンズ）

それ以外（ソフトコンタクト / ハードコンタクト）

メーカー（_____）

レンズ名（_____） 度数（右 _____ 左 _____）

2.メガネは持っていますか。

はい（持参している / 持参していない） いいえ 持っているが合っていない

3.今回ご希望のコンタクトレンズはどのタイプですか。

使い捨て（1 day / 2week / 乱視用 / 遠近両用）

ハードコンタクト（近視・遠視用 / 遠近両用）

今と同じレンズ 特に決めていない

4.コンタクトレンズの種類を決める際、重視するポイントはなんですか。

値段 素材 乾き UV カット 特になし

5.どのような目的で使用したいですか？

日常使い たまに使用 その他（_____）

6.現在コンタクトレンズをご使用の方にお聞きします

① ご使用中のコンタクトレンズの調子はいかがですか

良好 見えにくい 乾く 曇る ゴロゴロする

その他（_____）

② コンタクトレンズの装用時間 1日平均_____時間位 週_____日

③使用中のケア用品

ケア用品名（_____）こすり洗い（_____）秒/回