

コンタクトレンズご希望の方へ [下記の項目について記入もしくは○で囲んでください]

フリガナ		性別
お名前		男 ・ 女

1.コンタクトレンズを使用したことがありますか？

ある ・ ない

2.使用したことがある方に質問です。

① どのようなコンタクトレンズを使用したことがありますか？○を付けてください。

1日使い捨てレンズ、2週間使い捨てレンズ、その他使い捨てレンズ

ソフトコンタクトレンズ、ハードコンタクトレンズ、その他()

② 1日何時間程度装用されていますか？

()時間位、週に()回程度、月に()回程度、中止()ヶ月・年

③ 現在ご使用のコンタクトレンズの名称およびデーターがお分かりの方はご記入下さい。

レンズ名						
右	B. C(レンズのカーブ)	.	P(度数)	.	S(サイズ)	.
左	B. C(レンズのカーブ)	.	P(度数)	.	S(サイズ)	.

3.現在、目の調子はいかがですか？また調子の悪い方はいつ頃からですか？

良好

痛い(右目・左目・両目)・かゆい(右目・左目・両目)・はれている(右目・左目・両目)

充血(右目・左目・両目)・メヤニ(右目・左目・両目)・涙が出る(右目・左目・両目)

異物感(右目・左目・両目)・見えづらい(右目・左目・両目)

その他()

()日前より ()ヶ月前より ()年前より

4.現在、メガネを持っていますか？

持っている ・ 持っていない

いなば眼科クリニック