

コンタクトレンズ問診票

●パソコンやスマートフォンは1日何時間くらい使いますか？
() 時間くらい

●下記の症状はありますか。1日の何時くらいが多いですか？
目の疲れ 目の乾き 目のかすみ () 時頃

●眼鏡を使用されていますか？

はい いいえ

※コンタクト紛失時や装用中止時に必要になるため眼鏡作成をお勧めします。

●コンタクトのご経験はありますか？ はい いいえ

【はい】とお答えいただいた方

●コンタクト経験歴をご記入ください。

(1日使い捨て 年/2週間交換 年/一ヶ月交換 年/ハードコンタクト 年)

●現在使用しているレンズの種類 ※分かる範囲で構いません。

使い捨て(1日使い捨て・2週間交換・一ヶ月交換・その他:)

ハードコンタクト()

●メーカー名、使用レンズの度数が分かればご記入ください。

(メーカー名: 右: 左:)

●一日の装用時間を教えてください。(_____ 時間)

●今回ご希望のコンタクトレンズ

今までと同じ 種類変更希望(種類 _____) 相談希望

【いいえ】とお答えいただいた方

●今回ご希望のコンタクトレンズ

1日使い捨て 2週間交換 色付きソフトコンタクト ハードコンタクト

その他(:) 相談希望

●コンタクトレンズ装用の目的

毎日装用 スポーツ時(週に 回程度) 必要時(週に 回程度)

コンタクトレンズは高度医療機器です。使い方を間違えると、失明につながる危険性があります。装用方法を守り、しっかりと管理することが必要です。コンタクトの方の定期検査は、当院では3か月に1度お願いしております。異常が現れた際は、眼科を受診してください。※当院では、コンタクトレンズの種類によっては、当日のお渡しが出来ない場合があります。あらかじめご了承ください。

せんだがや眼科