

## コンタクトレンズ問診票

山際眼科医院・初花眼鏡店

フリガナ	
お名前	生年月日 S・H 年 月 日

\*該当する箇所に○や記入をお願い致します。

## ① 本日来院されたのは？

[ コンタクトレンズを購入したい ・ 定期検診のみ ・ 購入と定期検診 ]

## ② コンタクトレンズは使用されていますか？

[ はい ・ 以前使用 ・ 初めて ]

\*「はい」の方 → 使用頻度は？ [ ほぼ毎日 ・ 週 日程度 ・ 月 日程度 ]

→使用する際、1日の装用時間は？ [ 1日約 時間 ]

## ③ コンタクト購入希望の方のみお答えください。

今までと同じものを購入したい

度数を変えたい

種類を変えたい

当院での購入は初めて

商品のご希望などがあれば教えてください。

( )

## ④ 現在、メガネをお持ち(またはご利用中)ですか？

[ はい ・ いいえ ]

\*「はい」の方 → 使用頻度は？ [ 常時使用 ・ 必要な時だけ ]

## ⑤ 使用の有無に関わらず、目の症状で該当するものがございますか？

見えづらい / かすむ / まぶしい / 黒いものが見える / 疲れ目

かゆい / 痛い / ゴロゴロなど違和感がある / かたく / 赤い

腫れている / メヤニが出る / その他( )

## ⑥ 当院来院以前に治療を受けた眼疾患はございますか？

[ はい ・ いいえ ]

\*「はい」の方 → 医療機関名: \_\_\_\_\_

病名(分かる範囲で教えてください)

\_\_\_\_\_

ご協力有り難うございました。

コンタクトを購入する際は、レンズが眼に合っているかどうかを必ず確認しなければなりません。その為、当院で用意してあるコンタクトから合わせていくこととなりますので、ご希望の商品がある方は、希望通りの商品が用意出来ない場合があります。

また、商品によっては取り寄せとなりますので、数日かかる場合があります。

詳しくはスタッフまでお尋ねください。