

コンタクトレンズをつくられる方への **問 診 票** 年 月 日

ふりがな		生年 月日	昭和・平成・西暦	年齢
氏 名			年 月 日	歳
現住所	〒			
電 話		緊急連絡先		職 業

● **今まで、眼の病気にかかったことがありますか？**

(ある ・ ない) (いつから)
 結膜炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ ものもらい ・ レンズによる角膜外傷
 その他の病気 ()

● **コンタクトレンズを初めてつくる方へ**

- ハードとソフトのどちらを希望されますか？
 ハード ソフト ディスポ（使い捨て） きめていない
- スポーツをしますか？ はい () ・ いいえ

● **コンタクトレンズをつくりかえる方へ**

- つくりかえる理由はなんですか？
 破損した 紛失した 視力低下 くもる 充血する
 異物感 かゆくなる
 その他 ()
- 現在、どんなコンタクトを使っていますか？
 メーカー名 ()
 コンタクトの種類 ()
 わからない
- 現在のコンタクトレンズを、いつ頃につくられましたか？
 () 年前 () ヶ月前 () 日前
- 今回、新しい種類のコンタクトにかえますか？
 今までと同じでよい
 替えてみる ()

- ◆ **コンタクトレンズは、眼表面に装着する人工臓器の一部です。**
- ◆ **コンタクト装用中は、眼の健康のため必ず定期検診を受けましょう。**