

# コンタクトレンズ問診票

1. コンタクトレンズを使用したことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
2. 使用したことがある方に質問です
  - ① 今コンタクトレンズは、目に入っていますか？（ はい ・ いいえ ）
  - ② 現在使用しているコンタクトレンズはどれですか？  
1日使い捨てレンズ ・ 2週間使い捨てレンズ  
使い捨てではない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（ ）
  - ③ 頻度はどのくらいですか？  
毎日 ・ 週に（ ）日程度 ・ 月に（ ）日程度
  - ④ 1日の装用時間はどれくらいですか？  
1日（ ）時間
3. アレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）
4. 現在ご使用のコンタクトレンズの名称やデータがお分かりの方はご記入お願いします。  
メーカー（ ）  
レンズ名（ ）  
度数（P）（ 右 :                      、左 :                      ）  
ベースカーブ（BC）（ ）
5. ご希望のレンズのタイプがあればご記入ください。  
1日使い捨てレンズ ・ 2週間使い捨てレンズ  
ハードコンタクトレンズ ・ 今までと同じレンズが良い
6. ご希望のレンズ名があればご記入ください（ ）

ご記入ありがとうございました。

後藤眼科