

コンタクトレンズ問診票

※コンタクトレンズ作成希望の方のみご記入お願いします※

●コンタクト装用経験 あり なし（初めて）

↓装用経験【あり】の方のご記入欄↓

●装用時間 朝（ ）時～夜（ ）時 必要時のみ スポーツ時のみ

●現在装用しているコンタクトレンズの種類 ※分かる範囲でかまいません。

メーカー：（ ）

使い捨て（ワンデー・2ウィーク・その他： ）

色付き使い捨て

ハードレンズ

その他（ ）

●現在装用しているコンタクトレンズの度数 ※分かる範囲でかまいません。

右眼（ ） 左眼（ ）

●装用時の目の調子

- | | | | |
|--------|----------|---------|------------|
| ・調子良い | ・近くが見づらい | ・装用感が悪い | ・レンズがずれる |
| ・見えにくい | ・かすむ | ・異物感 | ・レンズがくもる |
| ・度が強い | ・2重に見える | ・痛い | ・レンズが汚れやすい |
| ・度が弱い | ・充血する | ・涙が出る | ・頭が痛くなる |
| ・目が乾く | ・まぶしい | ・目が疲れる | |

●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 相談希望

↓装用経験【なし】の方のご記入欄↓

●今回ご希望のコンタクトレンズ

ワンデー 2ウィーク 色付コンタクト 相談希望

その他（ ）

●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）

●眼鏡はお持ちですか？

ある なし※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もお勧めいたします。

-検査前にお読みください-

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、失明に繋がる危険性がありますので、
装用方法を守り、しっかりと管理することが必要です。

定期検査（理想的には3か月毎）、異常時には無理な装用はせずに、
眼科を受診をしましょう。