

フリガナ			
氏名	男・女		
住所	〒		
電話番号	自宅 ( )	携帯	( )
生年月日	S・H	年 月 日	【 】歳

1】今までにコンタクトの経験は  ある  ない

2】経験のある方はご回答下さい。(分かる範囲内でご記入下さい。)

- ◇ハードレンズ (メーカー )
- ◇ソフトレンズ(使い捨て以外) (メーカー )
- ◇使い捨てレンズ
- ・1DAYタイプ (メーカー )
- ・2週間タイプ (メーカー )
- ◇カラー(サークルレンズ)目が大きく見える (メーカー )
- ◇カラーレンズ(瞳の色が変わるレンズ) (メーカー )

3】本日はどのようなコンタクトをご希望ですか ( 両眼・右・左 )

- ◇ハードレンズ
- ◇ソフトレンズ(使い捨て以外)
- ◇使い捨てレンズ
- ・1DAYタイプ
- ・2週間タイプ
- ・1ヶ月タイプ
- ◇カラー(サークルレンズ)  
(眼が大きく見える)
- ・1DAYタイプ
- ・2週間タイプ
- ◇カラーレンズ(瞳の色が変わる)
- ・1DAYタイプ
- ◇まだ決めていない

4】女性の方へ

現在妊娠されていますか？  いいえ  はい ( 月 ) 可能性あり

現在授乳中ですか  いいえ  はい ( 月 )

\*女性の甲状腺の病気は、おおよそ10人に1人といわれています。当院では甲状腺の触診によるスクリーニング検査をおすすめしております。検査を希望しますか？

はい  いいえ

5】今まで眼の病気・手術の経験はございますか  いいえ  はい(病名 )

6】アレルギー・花粉症はございますか  いいえ  はい

7】コンタクト装用時にスポーツをなさいますか  いいえ  はい(スポーツ名 )

8】読書・パソコンは長時間なさいますか  いいえ  はい(平均時間 )

9】運転はなさいますか  いいえ  はい(近々免許更新 有・無)

ご記入後受付までお持ちください。