

コンタクト問診表

お手数ですが、ご記入願います。(可能な範囲で結構です)

1. 今までに、コンタクトレンズを使用したことはありますか？

- 1) 今も使用中 _____ヶ月位 _____年位
- 2) 以前使用していた _____ヶ月・年前に _____ヶ月・年位使用歴あり
- 3) まったく使ったことがない

2. 使用したことがある方にお聞きします。

—使用レンズの種類は？

- 1) ソフトコンタクトレンズ (1DAY・2W・1M・使い捨て以外)
- 2) ハードコンタクトレンズ 3) その他 ()

—コンタクトをしていて何か症状はありますか？

- 1) 特に問題はない 2) 見にくい 3) 乾いた感じ 4) 異物感 5) 痛み
- 6) 赤くなる 7) 目やにが出る 8) かゆい 9) その他 ()

3. 今回コンタクトレンズを使用したい目的は何ですか？

- 1) 継続 2) 見えにくくなった (遠くが・近くが) 3) スポーツ・旅行時
- 4) 仕事時 (運転・パソコン・事務作業) 5) その他 ()

4. 特にご希望のコンタクトレンズはありますか？

- 1) ソフトコンタクトレンズ (1DAY・2W・1M・使い捨て以外)
- 2) ハードコンタクトレンズ 3) その他 ()

どうもありがとうございました。