

コンタクトレンズご希望の方へ

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日 (歳)
氏名	(男 ・ 女)		平成			
住所	〒 (-)	電話番号	ご自宅	-	-	
			携帯	-	-	

① メガネはお使いですか？ 【 はい ・ いいえ 】

② コンタクトレンズを使用したことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

『はい』とお答えの方のみ

現在使用している 以前使用していた (年前)

(レンズの種類) ハードレンズ ソフトレンズ

(レンズの商品名) _____ 購入時期 _____ 年前

現在使用されているレンズに不満がありますか？

【 はい (理由 _____) ・ いいえ 】

③ お仕事について該当するものがありますか？

車の運転が多い OA 機器を使う 事務仕事 残業、夜勤がある

④ 目が乾くことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

⑤ アレルギーはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

『はい』とお答えの方・・・花粉症 アトピー アレルギー性結膜炎

⑥ 現在治療中の病気はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

『はい』とお答えの方・・・高血圧 糖尿病 その他 (_____)

⑦ 本日で希望のレンズ (メーカー) はありますか？

ハード (種類 _____) ソフト (種類 _____) 特に希望なし 区別がわからない

⑧ 当院を (JY 駅北コンタクト) を何で知りましたか？

看板 インターネット 知人の紹介 (御紹介者様 _____) その他

ありがとうございました。