

コンタクトレンズご希望の方へ

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 本日も希望のレンズ(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 様) その他

ありがとうございました。