

■ 問診票（コンタクトレンズ用） ■

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		ご職業		年齢	歳
氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女

※確認事項※ 以下の項目をご確認いただき、□の中に☑をお願い致します。

- ☐ 当院では、中学生以下のコンタクトレンズ処方は1dayのみの処方とさせていただきます。
(カラーコンタクトレンズ不可)
- ☐ 眼鏡をお持ちでない方・持っている眼鏡が合っていない方は、先に眼鏡を作成していただきます。
- ☐ 眼科的疾患が見つかった場合、コンタクトレンズの処方を行えない可能性もあります。
- ☐ 当院では、処方箋のみの発行やレンズ度数のお伝えのみはおこなっておりません。
- ☐ ソフトコンタクトレンズご希望の方へ：在庫を置いておりませんので、商品は後日ご自宅への郵送
(有料)か、ご来院いただいてのお渡しとなります。
- ☐ ハードコンタクトレンズご希望の方へ：後日取り寄せてからの調整・処方・注文となります。
- ☐ コンタクトレンズ使用中は定期検査（3カ月毎推奨）を受けてください。
- ☐ 上記すべてについて確認し、理解しました。

① 現在ご使用中のコンタクトレンズについてご記入ください。

(ソフトレンズ 1day ・ 2week / ハードレンズ)

(商品名：) (度数：右 左)

② 本日もご希望のコンタクトレンズについてご記入ください。 未定の場合はご記入不要です。

(ソフトレンズ 1day ・ 2week / ハードレンズ)

(商品名：)

③ 本日はコンタクトレンズを装用されていますか。 (はい ・ いいえ)

④ 眼鏡はお持ちですか。 (はい ・ いいえ ・ 持参している)

●ご記入ありがとうございました。記入後は受付までお願い致します。 ● 山鼻うの眼科