

コンタクトレンズ問診表

平成 年 月 日

該当する下線部分に○印をつけて下さい

- 現在メガネを持って いる いない
- これまでにコンタクトレンズの使用経験が ある ない
- 家族内にコンタクトレンズを使用しているひとが いる いない
- これまでと同じコンタクトを 希望 他の種類がよい
- 現在使用中のレンズ R: _____
L: _____
- 過去、コンタクト装用にて 乾燥感 異物感 充血 があつた
問題はなかつた
- コンタクトレンズは 使い捨てではないタイプ
使い捨て (1日タイプ 2週間タイプ 1ヶ月タイプ) 遠近両用
カラーコンタクト(ディファインなど)が希望だ
- コンタクトレンズは 毎日 時々 使う予定だ
- コンタクトレンズの選択には 装用感 酸素透過率 紫外線カット 価格
手入れのし易さ を優先したい
- 取り扱いコンタクト一覧の中に試用希望のコンタクトレンズが ある ない