

コンタクトレンズご希望の方へ

ふりがな

氏名 _____ 男・女

生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

〒

住所 _____

自宅 (_____) _____

電話番号 携帯 _____

* コンタクトレンズを使ったことがありますか？ ある ない

「ある」を選ばれた方のみお答えください。

今までに使ったことのあるコンタクトレンズの種類すべてに☑をつけてください。

使い捨てソフトレンズ ソフトレンズ ハードレンズ

・現在お使いのコンタクトレンズについて教えてください。

メーカー _____ 商品名 _____

購入時期 _____ ヶ月前・年前

・今までコンタクトレンズが原因の病気で治療を受けたことがありますか？

ない ある→病名 _____

* 本日ご希望のコンタクトレンズがありましたらお聞かせください。

特に希望なし 希望あり _____

* 次の病気にかかったことがありますか？

花粉症 アレルギー

* 体に合わない飲み薬・注射はありますか？

ない ある→薬名 _____

* その他、気になる症状があればお書きください。

どうもありがとうございました。

昆陽の里眼科