

コンタクトレンズ問診票

コンタクトレンズの作製をご希望の方は、この問診票に記入してください。
以下の設問に対して○印を、またはできるだけ具体的に書いてください。

ふりがな

氏名 _____ 職業（仕事の内容） _____ 年齢 _____ 才 男・女

住所 〒 _____ 電話 _____（ ） _____

(1) 眼鏡を持っていますか？

よく見える眼鏡を持っている ・ 持っているが合っていない ・ 持っていない

★ コンタクトは適切な眼鏡を確認させていただいた上で処方を検討します。

場合により眼鏡の処方を優先する可能性がありますのでご了承ください。

(2) 目薬または洗眼薬を使っていますか？

使っていない ・ 使っている（商品名 _____）

(3) 今までに目の病気にかかった（かかっている）ことがありますか？

ない ・ ある（病名 _____）

(4) 目以外で、下記の病気にかかったことがありますか？（複数回答可）

ぜんそく じんましん アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 花粉症

(5) 飲み薬または注射などで異常が出たことはありますか？

ない ・ ある（薬の名前 _____）

(6) 1日の平均のVDT（ワープロ・コンピューター）作業時間は？ 平均 _____ 時間位

(7) コンタクトレンズを作ったことがありますか？ ない ・ ある

※ コンタクトレンズを作ったことがある方のみ、引き続き以下の設問にお答えください。
コンタクトレンズが初めての方は、以上で設問は終了です。

(1) 初めて作ったのはいつ頃ですか？ _____ 年 _____ ヶ月前

(2) 過去に使用したことがあるレンズの種類は何ですか？（複数回答可）

ハード・ソフト・使い捨て（メーカー及び商品名 _____）

※ 以下は現在コンタクトレンズを使用中の方のみ、お答えください。

(1) 現在使用中のレンズはいつ頃作りしましたか？ _____ 年 _____ ヶ月前

(2) どちらで作りしましたか？

大学病院 病院 眼科医院 コンタクトレンズ専門店 眼鏡店 デパート その他

（作った場所の具体的な名称 _____）

(3) 現在のレンズについてできるだけ詳しくお答えください。

ハード・ソフト・使い捨て（メーカー及び商品名 _____）

(4) どの位装用していますか？

1日平均 _____ 時間位 週 _____ 日

(5) 調子はいかがですか？（複数回答可）

調子よい 視力が弱い 度が強い 近くが見えにくい 二重に見える かすむ 目が赤い

装用感が悪い 異物感 痛い 涙が出る まぶしい すれる くもる 目が乾く

レンズが汚れやすい 目やにが出る 目が疲れる 頭が痛くなる

その他 _____

(6) レンズの洗浄・消毒方法を教えてください。（複数回答可）

つけおき消毒（メーカー及び商品名 _____）

こすり洗い（メーカー及び商品名 _____）

(7) 定期検診を受けていましたか？ はい（最終検診時期 _____ 年 _____ 月）・いいえ