

# 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 歳

■ 住所 〒 \_\_\_\_\_ ■ 電話 ( )

■ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ■ 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)

◆今までに使ったことのあるコンタクトレンズの種類全てに○を付けてください  
使い捨てソフトレンズ    ソフトレンズ    ハードレンズ

◆現在使っている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( 月・年前)

BC / 度数/ DIA 右 ( / / )

左 ( / / )

※ メルスプランに加入されていますか? (はい いいえ)

◆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

※ 当院で取り扱いのあるレンズのみの処方となります

※ ハードコンタクトレンズの処方箋は発行しておりません

注文になりますので後日の受け取りになります

希望のレンズ (ない、ある)    希望ありの方(具体的に )

当院での購入でよろしいですか? (はい、いいえ)

◆現在使っているメガネはいつ頃作ったメガネですか? ( 歳)

◆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    アトピー性皮膚炎

現在使用しているアレルギーの薬は ( )

◆体に合わない飲み薬、注射はありますか?

ない    ある→( )

◆眼について、視力以外で気になることはありますか?

ない    ある→具体的に ( )

注意) ※ 初めてコンタクトを作成される方は装用練習後に販売可能です

※ 混雑時の装用練習は予約になります

ご記入ありがとうございました。  
医療法人社団 もろ眼科クリニック