

# 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

住所 \_\_\_\_\_ 年齢 歳

電話 \_\_\_\_\_

1.コンタクトレンズを使ったことがありますか？  ある  ない

↓

コンタクトレンズを使ったことのある方だけお答えください

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・初めてコンタクトレンズを作ったのは何歳の頃でしたか？ ( 歳)</li><li>・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印を付けてください<br/><input type="checkbox"/> 使い捨てソフトレンズ <input type="checkbox"/> ソフトレンズ <input type="checkbox"/> ハードレンズ</li><li>・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<br/>メーカー ( ) 商品名 ( ) 購入時期 ( 月・年前)</li><li>・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？<br/><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名 )</li></ul> |
|--|

2.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(具体的に )

3.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

4.体に合わない飲み薬、注射はありますか？

ない  ある→( )

5.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 )

どうもありがとうございました。  
さとう眼科