

コンタクトレンズの処方ご希望の方にお聞きます。

■コンタクトレンズ使用歴は

はじめて ・ 使用している ・ 過去に使用していた

■「使用している」あるいは「していた」方にお聞きます。

約何年くらい装用していますか。

ご使用のコンタクトレンズはどのような種類ですか。

・ハード

・ソフト

・使い捨てまたは頻回交換ソフト（1日、1週間、2週間、1ヶ月、その他）

ご使用のコンタクトレンズの商品名、メーカー名、度数がもしおわかりになればお書き下さい。

これまでにコンタクトレンズで角膜にキズができたり、治療を受けたことがありますか。

・ある()

・ない

■ご希望のレンズがありますか。

・使い捨てまたは頻回交換ソフト（1日、1週間、2週間、1ヶ月、1年）

またご希望のメーカー、商品名がありますか

・検査や説明をうけてから決めたい

・レンズの選択にあたって特に重視するものは

（酸素透過性 ・ 取扱いのし易さ ・ 装用感 ・ 費用 ・ ブランド）

■コンタクトレンズの使い方をご記入下さい。

使用頻度

・ほぼ毎日使用

・ときどきの使用(回/週・月・年)

使用时间

(時間/日)

スポーツに使われる方は、スポーツ名をご記入下さい。