

コンタクト問診票

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	昭・平・令・() 年 月 日 才
ご住所	〒	連絡先	
		自宅： 携帯：	

■今回ご希望のコンタクトレンズのタイプ : 1day ・ 2week ・ ハード

■コンタクトレンズ経験 : あり ・ なし

ありの方に伺います

□今ご使用されてますコンタクトレンズの詳細をご記入ください

①度数 : 右()、左()、わからない

②材質 : ハード ・ ソフト

③1枚の使用期間 : 1day ・ 2week ・ 1ヵ月

④使用経験のあるコンタクトレンズ

()

■お薬や食べ物でアレルギーはありますか : いいえ ・ はい ()

■内服薬はありますか : いいえ ・ はい ()

問診は以上となります