

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 : 1 day ・ 2week ・

■アレルギー : なし ・ あり

■内服 : なし ・ あり ()

■コンタクトレンズ経験 : あり ・ なし

ありの方に伺います

□今ご使用されている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：1 day ・ 2week ・ 1ヵ月

④使用経験のあるコンタクトレンズ

()

問診は以上となります