

フリガナ			男・女
氏名			
住所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯 ()	
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)		

1) 今までにコンタクトの経験は ある ・ ない

2) 経験のある方はご回答ください。(わかる範囲でご記入ください)

<input type="checkbox"/> ハードレンズ	(メーカー)
<input type="checkbox"/> ソフトレンズ(使い捨て以外)	(メーカー)
<input type="checkbox"/> 使い捨てレンズ	
<input type="checkbox"/> 1DAYタイプ	(メーカー)
<input type="checkbox"/> 2週間タイプ	(メーカー)
<input type="checkbox"/> カラー(サークルレンズ)(目が大きく見える)	(メーカー)
<input type="checkbox"/> カラーレンズ(瞳の色が変わるレンズ)	(メーカー)

3) 本日はどのようなコンタクトをご希望ですか (両眼 ・ 右 ・ 左)

<input type="checkbox"/> ハードレンズ	
<input type="checkbox"/> ソフトレンズ(使い捨て以外)	
<input type="checkbox"/> 使い捨てレンズ	1DAYタイプ 2週間タイプ 1ヶ月タイプ
<input type="checkbox"/> カラーサークルレンズ(眼が大きく見える)	1DAYタイプ 2週間タイプ
<input type="checkbox"/> カラーレンズ(瞳の色が変わる)	1DAYタイプ
<input type="checkbox"/> まだ決めていない	

4) 女性の方へ

現在妊娠されていますか? いいえ はい(月) 可能性あり

現在授乳中ですか? いいえ はい(月)

※女性の甲状腺の病気は、おおよそ10人に1人といわれています。当院では甲状腺の触診によるスクリーニング検査をおすすめしております。検査を希望しますか?

はい いいえ

5) 今まで眼の病気・手術の経験はございますか? いいえ はい(病名)

6) アレルギー・花粉症はございますか? いいえ はい

7) コンタクト装用時にスポーツをなさいますか? いいえ はい(スポーツ名)

8) 読書・パソコンは長時間なさいますか? いいえ はい(平均時間)

9) 運転はなさいますか? いいえ はい(近々免許更新有無 有・無)

ご記入後受付までお持ちください。