No.

フリガナ		
氏名	男 ・ 女	
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下さい。（分かる範囲内でご記入下さい。）

◇ハードレンズ （メーカー ）
◇ソフトレンズ（使い捨て以外） （メーカー ）
◇使い捨てレンズ
・1DAYタイプ （メーカー ）
・2週間タイプ （メーカー ）
◇カラー（サークルレンズ）目が大きく見える （メーカー ）
◇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 ）

◇ハードレンズ
◇ソフトレンズ（使い捨て以外）
◇使い捨てレンズ ・1DAYタイプ ・2週間タイプ ・1ヶ月タイプ
◇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
◇カラーレンズ（瞳の色が変わる） ・1DAYタイプ

◇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 （ ヶ月） 可能性あり
現在授乳中ですか いいえ はい（ ヶ月）

＊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）

ご記入後受付までお持ちください。