

コンタクトレンズ処方 問診票

記入日：	年	月	日
氏名：			

次の質問にお答えください。（該当箇所に○、又は記入をお願いします）

Q1 今までにコンタクトレンズを装用した経験は ありますか？

A はい。 →①今も継続して装用している。
→②過去にはコンタクトレンズをしたことがある。
それはいつ、どれくらいの期間していましたか？
〔いつ頃 期間〕
必須 具体的に（例： 3年前 2年間くらい）

B いいえ。 →①全くコンタクトレンズをした経験がない。

Q2 装用されている（いた）コンタクトレンズは何ですか？

（コンタクト名が分からない方は、レンズのタイプに○を記入）

- ① コンタクト名：〔 〕
・ハード
② レンズ： ・ソフト
・1Day ・2Week ・1ヶ月 ・その他

Q3 装用している時間は？

・1日に〔 時間くらい 〕

Q4 装用している日数は？

- ①ほぼ毎日（学校・仕事などで）
②週に1～2日程度（休日や週末、スポーツのとき）
③月または年に数日程度（旅行やイベント等がある時）
④その他（

Q5 今回、ご希望されるコンタクトレンズについて

- ①今使用しているコンタクトレンズと同じレンズを希望
②他にいいコンタクトレンズがあれば試したい
（下記の理由に チェックを。複数回答可）
今のコンタクトレンズは、時間がたつと乾燥・ゴロゴロする
UVカットのレンズがいい
酸素透過率の良いレンズがいい
カラーやサークルレンズを試したい
〔注〕度数0度のカラー・サークルレンズには、
保険適用はありません。（検査料は自費になります）
旅行やスポーツ等に1Dayタイプがほしい
遠近両用コンタクトレンズを試したい
その他
◆具体的に希望するコンタクトレンズがあればご記入下さい
〔 〕

Q2 どのような目的でコンタクトレンズを装用しようと思われましたか？

- ①視力が悪くなってきた
②今迄はめがねだったが、わずらわしくなってきた
③スポーツのとき等なめがねより安全だと思ふから
④おしゃれ目的
・めがねをかけたくない
・カラーコンタクトや目が大きく見える
サークルレンズがあると知ったから
近くが見えにくくなってきた
⑤（遠近両用コンタクトレンズがあると知ったから）

Q3 コンタクトレンズ装用に慣れたあと、どのくらいの頻度で使用しようと思っていますか？

- ①ほぼ毎日（学校・仕事などで）
②週に1～2日程度（休日や週末、スポーツのとき）
③月または年に数日程度（旅行やイベント等がある時）
④その他（

Q4 ご希望のコンタクトレンズはありますか？

- ①よくわからない
使い捨てソフトコンタクトレンズ
② ・1Day ・2Week ・1ヶ月
③サークルレンズやカラーコンタクトレンズ
〔注〕度数0度のカラー・サークルレンズには、
保険適用はありません。（検査料は自費になります）
④遠近両用使い捨てソフトコンタクトレンズ
⑤ハードコンタクトレンズ
⑥その他の希望
◆具体的に希望するコンタクトレンズがあればご記入下さい
〔 〕

※ そのほか ご質問等がございましたらご記入下さい。

※取り扱いメーカー；J&J、アルコン、ボッシュロム、クーパー、シード、サンコンタクトレンズ

※取り扱いメーカーの中で、取り扱いのないレンズ商品もあります。ご了承ください。

（注）ハードコンタクトはサンコンタクトレンズ以外の取り扱いはありません。

（注）取り扱いレンズ以外の処方はありません。

ご記入ありがとうございました。

加藤山科病院