

コンタクトレンズご希望の方へ

(ふりがな)

氏名 _____ 男 ・ 女

①メガネを作ったことはありますか？

- 現在使用しているメガネがある 持っているが使用していない 度が合っていない
作ったことがない

※今後何らかの理由(アレルギー症状や目の傷等)でコンタクトレンズが使用できない時のためにメガネを持っていない方は先にメガネ処方をさせていただきます。(メガネはお好きなお店で作って頂いてかまいません。)

②コンタクトレンズを使ったことはありますか？ はい ない

「はい」の方にお聞きします。

・今まで使ったことがある種類は？ 使い捨てソフト 通常ソフト ハードコンタクト

・現在使用しているコンタクトは？

メーカー()種類()ベースカーブ()度数(右 左)

不明

③ 本日はどのようなコンタクトレンズの処方をご希望ですか？

- 1日使い捨てソフト 2週間使い捨て 1か月使い捨て その他ソフト
ハードコンタクト カラーコンタクト 遠近両用 わからない おまかせ

・ご希望のメーカーがある方は記載してください。

メーカー()種類()

※ジョンソン&ジョンソン(アキュビュー、トゥルーアイ、モイスト、オアシス等)は当院にテストレンズがございませんので処方することができません。ご了承ください。またコンタクトはメーカー種類を決めて頂き、合わせたものを処方箋に記載し、記載した商品しか購入は出来ません。

④コンタクトレンズはどこで購入されますか？

- 隣のメガネ店 他のお店 未定

⑤隣のメガネ店での価格についてご案内は希望されますか？

- 買うか未定だか知りたい 希望しない

⑥未成年の方はお答えください。処方を受けることについて保護者の方とご相談されてきましたか？

- はい(了解を得ている) いいえ