

# 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】  
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 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ど めがねより安全だと思うから
- 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
- ⑤ 近くが見えにくくなってきた (遠近両用コンタクトレンズがあると知ったから)

## 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 コンタ名: { }
- ② コンタ  
レンズ: ソフト  
・ハード  
・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
    - 遠近両用使い捨てソフトコンタクトレンズを試したい
    - ハードコンタクトレンズ
- ◆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 { }

## 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
- ② 使い捨てソフトコンタクトレンズ
  - ・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

◆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、ボシュロム、クーパー、シード、サンコンタクトレンズ

ご記入ありがとうございました。

※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。

加藤山科病院

(注) ハードコンタクトレンズで、乱視用、又は、遠近両用の取り扱いはありません。

(注) 遠近両用ソフトコンタクトレンズの検査には時間を要します。

(注) 取り扱いレンズ以外の処方はありません。