

■コンタクトレンズの処方箋をご希望の方へ

CL

■コンタクトレンズの処方は今回が初めてですか？ はい いいえ

■現在、眼鏡は使っていますか？ はい いいえ

■1日の装用時間はどれぐらいですか

(8時間未満 12時間未満 15時間未満 15時間以上)

■本日ご希望のレンズ

使い捨てレンズ (1日タイプ 2週間タイプ)

ハードレンズ 長期使用ソフトレンズ カラーレンズ

・ご希望のレンズ名があれば記入ください 未定・相談したい

()

■今までに使っていたレンズの名前 覚えていない・不明

()

・今までに使っていたレンズのデータ(もしわかれば)

(BC) (Power) (DIA) (CYL) (AXIS) (ADD)

右() () () () () ()

左() () () () () ()

■現在お使いのコンタクトレンズの調子はいかがですか

特に不満はない 近くが見えづらい 遠くが見えづらい 乱視があり見づらい

異物感が強い 疲れやすい 乾きやすい 頭痛がする

その他 ()

■当院で処方するコンタクトレンズの購入先はどちらですか？

Jコンタクト その他の販売店 ネット販売店 未定

当院では迅速なサービス提供のため、隣接のJコンタクトと氏名・住所・電話番号・年齢
性別・E-mail addressおよび処方データの共同利用をさせていただいております。