

# 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ましたか？  
いつ頃 期間  
具体的に (例: 3年前 2年間くらい)

必須

**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、レンズのタイプを○で囲んで下さい)

レンズ名: \_\_\_\_\_  
□ソフト  
コンタクトレンズ (・1Day ・2Week ・1ヶ月 ・その他)  
□ハード

## 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  
レンズ名 \_\_\_\_\_
- 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  
□サークルレンズを試したい  
注)度数0度の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  
□ハードコンタクトからソフトコンタクトに変更したい  
◆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いましたが？

- 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  
□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)

## 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
- ③ サークルレンズ  
注)度数0度の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、ポッシュロム、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出来ません。(注)小学4年生以下のお子様には、コンタクト処方していません。