CL No.　　ー

カルテNo.

フリガナ 氏名		男 S H　年　月　日生　女
住所	〒　　ー	TEL　　（　　）

以下の質問にご回答下さい。

●今までにコンタクトレンズを使われた事がありますか。（　はい　・　いいえ　）

⇒はい、とお答え頂いた方

・使用されているレンズの種類は何ですか。（　　）

・使用されているケア用品は何ですか。（　　）

・使用状況を教えて下さい。（ 週＿＿＿日　一日平均＿＿＿時間装用）

⇒いいえ、とお答え頂いた方

・使用される頻度は？（ 毎日 ・ 必要時（旅行、スポーツ時 等））

●どのようなコンタクトレンズを希望されますか。

（ ハード ・ ソフト ・ 使い捨て ・ カラーレンズ ・ 遠近両用 ・ 決まっていない ）