

CL NO _____

カルテNO _____

フリガナ										男	
氏名						S	H	年	月	日生	女
住所	〒	—				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。()

・使用状況を教えてください。(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)

●ご来店のかっかけは何ですか。

(ホームページ ・ 紹介 ・ 電話帳 ・ 看板)