コンタクトレンズ希望の方へ

★記入年月日【　　年　　月　　日】
★氏　　名【　　】

レンズ選択の参考にしますので、下の問いに〇をつけてください。

1．ご希望の理由は？

（　）コンタクトレンズ新規購入
（　）コンタクトレンズの交換・購入（　古くなった　・　割れた　・　紛失　）
（　）他のレンズにかえてみたい。
（　）目の検査・レンズのチェック
その他（　　）

2．これまで使っていた方へ

これまでどのようなレンズをお使いでしたか？
（　）ハード　（　）ソフト　（　）使い捨て（毎日、１週間、２週間）
メーカー名（　　）　種類（　　）　ケア用品名（　　）

3．希望のレンズは？

【メーカー】　メニコン　シード　ボシュロム　Ｊ＆Ｊ
その他（　　）
【タイプ】　ハード　ソフト　使い捨て（１日タイプ　・　２週間タイプ　・　１ヶ月タイプ　）
メルスプラン

4．コンタクトレンズはどんな時に使いたいですか？

（　）毎日　（　）メガネと併用　（　）スポーツの時など時々（　回▼／月）

6．コンタクトレンズの使用頻度および装用時間について教えてください

使用頻度　週　　日くらい　　１日の装用時間　　時間くらい

7．レンズケアについての希望は？

（　）簡単　（　）手間がかかっても安全　（　）費用が少ない

8．つけたまま寝ることがあると思いますか？

（　）ある　（　）ない

9．コンタクトレンズ選びの基準

（　）安全性・安心（　）保証制度（　）価格（　）取り扱いが簡単（　）その他

※酸素透過性が良い、薄く装用感が良いレンズは各メーカーとも価格が高くなっています。