コンタクトレンズをご希望の方へ

氏　名【　　】
携　帯【　　】

※申し訳ございませんが、安全性などのため、処方箋のみの発行や、口頭、お電話などでの度数のお伝えなどはしておりません。装用指導～定期検診～トラブル相談～レンズ選択、販売など一貫してさせていただいております。 ご了承ください。

（レンズ選択の参考にさせていただきますので、下の問いに〇をつけてください）

コンタクトレンズを装用するのは初めてですか？　　はい　／　いいえ

コンタクトレンズをご希望の理由はどれですか？

新規購入　／　破損（右・左）　／　紛失（右・左）

コンタクトレンズを使用されていた方へ（どのようなコンタクトレンズをお使いでしたか？ ）

ハード ／ ソフト ／ 使いすて（ 1日 ・ 2週間 ・ 1か月 ） / カラーコンタクト
（お分かりになる範囲で結構です）
≪ メーカー ≫ （　　） ≪ 種類 ≫ （　　）

≪ 度数 ≫ 右（　　）左（　　）

ご希望のレンズはどのようなものですか？

≪ メーカー ≫ メニコン ／ シード ／ ボシュロム ／ J&J ／ アルコン ／ クーパービジョン

≪ タイプ ≫ ハード ／ ソフト ／ 使い捨て（ 1 日 ・ 2 週 間 ） カラーコンタクト

メニコン定額制メルスプラン取り扱っております。（他施設からの受け入れできます）
※ プレミオ、プレミオ乱視、遠近 メニコンワンデー、Rei(カラーコンタクト 2 週間) メニコン Z アイスト、ソフト S などのレンズを取り扱っています。

コンタクトレンズの使用頻度はどのくらいですか？

毎日 / 週　　日 / スポーツの時など時々（　　回 ／ 月 ）

ありがとうございました。