

フリガナ _____	記入日	年	月	日
氏名 _____	性別	男	・	女
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日 ( 歳 )
住所 〒 _____				
自宅 ( ) _____	携帯 ( ) _____			

①レンズ装用は初めてですか  いいえ  はい

※「はい」の方は、下記の②、⑦～⑩の記入と、注意事項をお読みください。

②眼鏡はお持ちですか  はい  いいえ

③現在使用中のレンズの種類

1) コンタクトレンズの種類: ジョンソンエンドジョンソン アルコン ボシュロム  
メニコン クーパービジョン その他 ( )

2) 使用日数の種類: 1day 2week 1month 長期使用のもの

3) 度数 (乱視・遠近両用 ご使用の場合丸をお付けください)

右: \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ AX \_\_\_\_\_ 左: \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ AX \_\_\_\_\_

④本日、装用していますか  はい  いいえ

⑤購入される場合の受け取り方法

当院で直接受け取り希望  処方箋のみ希望  ご自宅に配送希望

⑥コンタクトレンズでの最終眼科受診日

平成・令和 年 月 日

⑦今まで (現在) 目以外の病気にかかったことがありますか

なし  あり ⇒ ( )

⑧食べ物や薬・注射でアレルギーや異常を起こしたことがありますか

なし  あり ⇒ アレルギーの内容を記入下さい ( )

⑨その他、診てほしい症状がありますか

なし  あり ( )

⑩女性の方のみに質問です  妊娠中もしくは可能性がある  授乳中  該当なし

⑪当院を何で知りましたか  紹介 (知人・家族・病院)  駅

インターネット (ホームページ・其他媒体)  看板 (電柱・駐車場前)  その他 ( )

※カルテ作成の際に、保険証をスキャンさせていただきます。ご了承ください。

## ※注意事項 必ずお読みください

◎ 当院は、1dayのソフトコンタクトレンズのみの取り扱いです。遠近両用・カラーレンズ等の処方はしておりません。

【取り扱いメーカー】ジョンソンエンドジョンソン / アルコン 【種類】別途ご案内いたします

◎ トライアルレンズの種類に限りがあるため、当日に処方できない場合があります。

◎ 在庫を置いていない為、当日購入はできません。

後日当院で受け取り・ご自宅に配送、または当日処方箋の発行になります。  
(配送の場合、ご購入数により別途配送料がかかる場合があります。)

◎ 当院でご購入の場合、3～6日ほどお時間を頂きます。代金は先払いになります。

◎ 当院からコンタクトレンズ到着の連絡はしておりませんので、1か月以内にお受け取りにいらしてください。お受け取りにいらっしゃれない場合、一度ご連絡を頂きますようお願いいたします。(ご連絡が無い場合、お受け取りの意思が無いとみなし破棄する場合がございます。)

◎ コンタクトレンズの返品・キャンセルは受け付けておりませんので、ご了承ください。

◎ 詳しくはスタッフにご確認ください。

※こちらの用紙は無くさずに保管してください。 中央林間やまかわ眼科