

コンタクトレンズ問診票

氏名 _____

該当するものに○を付けてください。(*は複数回答可)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. コンタクトレンズ(以下CL)処方施設

- ①一般病院(大学病院を除く) ②大学病院 ③一般眼科診療所 ④CL販売店に隣接する眼科診療所 ⑤眼鏡店内の眼科診療所 ⑥医師の処方を受けていない
⑦その他()

II. CL購入店

- ①眼科施設に併設する販売店 ②CL量販店 ③眼鏡店 ④通信販売 ⑤インターネット販売 ⑥薬局 ⑦外国で購入 ⑧譲渡 ⑨その他()

III. 自覚症状(*)

- ①充血 ②異物感 ③疼痛 ④視力低下 ⑤かすみ ⑥流涙 ⑦目ヤニ ⑧乾燥感
⑨かゆみ ⑩自覚症状なし ⑪その他()

IV. CLの種類

- ①ハードレンズ(酸素透過性ハード含む) ②従来型ソフトレンズ ③1日使い捨てレンズ
④1週間連続装用ソフトレンズ ⑤2週間定期交換ソフトレンズ ⑥1ヶ月定期交換ソフトレンズ ⑦カラーソフトレンズ ⑧度数のないカラーソフトレンズ
⑨その他()

V. ケア方法 (ワンデーのソフトレンズを使用の場合は記入不要)

ソフトタイプ

- Q. ソフトコンタクトレンズのこすり洗いについて…
イ. している ロ. していない
Q. 使用しているケア用品は?
①マルチパーパスソリューション(一液タイプ)
②過酸化水素消毒
③煮沸消毒

ハードレンズ

- Q. ハードコンタクトレンズのタンパク処理について…
イ. している ロ. していない
Q. 洗浄や保存に使用しているケア用品は?
①酵素入り洗浄保存液
②普通の洗浄保存液
③洗浄液も保存液も使用していない
④家庭用洗剤
⑤その他()

VI. 装用状況

- ①連続装用 ②毎日使用 ③週に4日以上 ④週に3日以内 ⑤不定期
⑥その他()

VII. 装用時間(1日を単位として)

- ①16時間以上 ②8~16時間 ③4~8時間 ④4時間未満 ⑤不規則
⑥連続装用 ⑦その他()

VIII. 定期検査

- ①全く受けてない ②月に1回 ③3ヶ月に1回 ④半年に1回 ⑤年に1回
⑥眼科医の指示とおり ⑦その他()