

眼科を受診なさっていますか？ はい いいえ 眼疾患_____

現在使用中のメガネ _____年位使用 メガネ無しまたは初めて

コンタクトレンズは使用していますか？ 種類 _____ 日/1 週間

目が疲れる、視力が落ちた、ピントが合わせにくくなった、物がダブって見えるなど

お悩みの具体的な症状、いつごろからかなどをお教えてください

本、新聞をよく読みになる、または近い距離での作業や趣味がおありですか？

パソコンをお使いになりますか

PC タイプ ノート デスクトップ タブレット スマートフォン

PC に向かう作業時間 _____ 時間/1日 _____ 日/1 週間

目からモニターまでの距離 _____cm 2 台以上使う方はメインのもの

※可能でしたら作業状態での目から PC までの距離を測定していただくとより正確です

作業中モニター以外に目を向ける、見るものはありますか？(手元で資料、5m先ボードなど)

屋外やパソコンなどでまぶしさを感じますか？ はい いいえ

車免許 あり なし

その他何かございましたらお書きくださいませ

ご記入有難うございました。

こちらを参考に視力、度数を測定してご提案をさせていただきます。

オプト和正