



# メガネのチェックシート



メガネの作成には、お客様のご要望やライフスタイルを理解することが重要です。ご来店前に、このチェックシートを印刷してご記入の上、お持ちください。ご満足いただけるメガネが作成できるようアドバイスさせていただきます。必須項目はございませんのでご記入いただける部分だけでかまいません。

お名前 フリガナ	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	MCB ナンバー —
-------------	------------------------------	---------------

## Q1 メガネを掛けていますか？

①掛けたことがない ②見づらいつきだけ ③いつも掛ける ④普段はコンタクト

## Q2 メガネを何本お持ちですか？

( ) 本

## Q3 予算はどのくらいですか？

①( ) 円 ②決めていない

## Q4 メガネ作製のきっかけは？

①見づらくなった ②壊れた・古くなった ③イメージチェンジ

## Q5 どのようなシーンでご利用になりますか？

①パソコン ②車の運転 ③ゴルフ ④釣り ⑤マリンスポーツ  
⑥新聞・読書 ⑤家事 ⑥その他( )

## Q6 重要視する順番は？

1番	2番	3番	4番	5番
----	----	----	----	----

①見えやすさ ②眼の健康 ③耐久性 ④価格 ⑤デザイン ⑥その他( )

## Q7 素材の良し悪しは気になる人？気にならない人？

①多少お値段がしても良いものを ②良くてお手ごろなもの ③こだわらない

## Q8 レンズが厚かったり、渦が巻いたりするのは気になる？

①気になる ②気にならない

## Q9 お家のテレビは？

①プラズマ（薄い・厚い） ②液晶（薄い・厚い） ③ブラウン管

## Q10 メガネのお手入れは？

①とても大事にする ②最初だけ大事にする ③全然気にしない

## Q11 ケースやメガネ拭きのアイテムにはこだわりますか？

①とてもこだわる ②人と同じはイヤかも ③こだわらない

## Q12 好きな色ベスト3

1位 2位 3位

## Q13 今度のメガネのイメージに○をつけてください（複数回答可）。

金属製 プラスティック製 フチ無し 半分フチ無し

目立ちたい 目立ちたくない 消耗品 貴重品 体の一部

ファッション 視力矯正器具 本当はかけたくない

## Q14 他にご相談されたいことがございましたらご記入ください。