

《オルソケラトロジー問診表》

※ 裏面もあります

【お名前】

【生年月日】 年 月 日

【ご住所】 〒

【電話番号】

【職業】 小学生・中学生・高校生・大学生・会社員・主婦
その他（ ）

◎ 治療をご希望の理由

問診

◎ 今までメガネ、コンタクトレンズを使用したことはありますか？

- ・メガネ（ 年）
- ・ソフトコンタクトレンズ（ 年）
- ・ハードコンタクトレンズ（ 年）
- ・現在は使用していない
- ・使用したことがない

◎ オルソケラトロジーをご希望の場合で、現在コンタクトレンズを使用中のの方は
適応検査前に下記の期間、コンタクトレンズの使用を中止することは可能ですか？

- ・ソフトコンタクトレンズ:3日以上
- ・ハードコンタクトレンズ:2週間以上
- ・他社のオルソケラトロジーレンズ:1ヶ月以上

はい いいえ

◎ ご家族の中にハードコンタクトレンズの経験者の方はいますか？

いる いない

◎ 今まで眼科を受診したことはありますか？

ある（理由： ）
 ない

◎ アレルギーがあるとされたことはありますか？

ある ない

◎ ドライアイがあるとされたことがありますか？

ある ない

◎ 今までに目の病気になったことはありますか？
 ある（理由： _____ ）
 ない

◎ 眼科以外で通院中の病院はありますか？
 ある（ _____ ）
 ない

◎ 服用中の薬剤はありますか？
 ある（薬剤名： _____ ）
 ない

◎ 平均睡眠時間はどのくらいですか？
 4時間未満 4時間～6時間 6時間以上

◎ レーシック等の屈折矯正手術を受けたことはありますか？
 ある ない

◎ 車の運転をしますか？
 毎日 時々 ほとんどしない しない
（運転する方で夜間の運転はしますか？ はい いいえ）

◎ 現在、妊娠または授乳をしていますか？
 妊娠している 授乳中 していない 分からない

◎ ご家族に近視の方はいらっしゃいますか？
 はい（ _____ ）
 いいえ

◎ オルソケラトロジーに関して質問等あればご記入下さい