〖オルソケラトロジー治療　問診票〗

フリガナ		男・女	生年月日	昭・平・令	年　月　日
氏名			年齢	歳	
住所	〒				
TEL					

◎　治療をご希望の理由

①　今まで眼鏡やコンタクトレンズを使用したことはありますか？

□　はい　(眼鏡・ソフトコンタクトレンズ・ハードコンタクトレンズ)　　□　いいえ

②　ご家族の中にハードコンタクトレンズ装用の経験がある方はいますか？

□　はい　　□　いいえ

③　アレルギーがあると診断されたことはありますか？(花粉症等も含む)

□　はい　(　　)　　□　いいえ

④　ドライアイの診断を受けたことはありますか？

□　はい　　□　いいえ

はいとお答えの方→何か点眼の使用はありますか？　(　　)

⑤　過去に眼科へ通院した経験はありますか？

□　はい　(理由：　　)

□　いいえ

⑥　現在通院中の病院はありますか？

□　はい　(　　)

□　いいえ

⑦　服用中の薬剤はありますか？

□　はい　(　　)　　□　いいえ

⑧　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

⑨　レーシック等の矯正手術または他社のオルソケラトロジー治療を受けたことはありますか？

□　はい　(　　)　　□　いいえ

⑩　ご家族に近視の方はいらっしゃいますか？

□　はい　　□　いいえ

当院では情報漏洩のための安全管理に努め、医療の提供や管理運営に必要な範囲内でのみ情報を利用します