

【オルソケラトロジー治療 問診票】

◎ オルソケラトロジー治療をご希望の理由・きっかけ(ご自由にお書きください)

--

◎未成年者の使用をお考えの方へ(成人の方はご回答不要です)

お子さまはオルソケラトロジー治療を始めることを知っていますか？

☐ はい ☐ いいえ

お子さまはこの治療を「したい」と思っていますか？

☐ はい ☐ いいえ

◎ 現在、眼鏡やコンタクトレンズ（CL）を使用していますか？

☐ はい 眼鏡(年間) ソフト CL(年間) ハード CL(年間)

☐ 以前使用していた(前)☐ いいえ

◎ 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

◎ スポーツをしますか？

☐ はい（種目： ） ☐ いいえ

◎ 車の運転をしますか？

☐ はい ☐ いいえ

◎ 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

◎ 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？（ ）

◎ 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

◎ 現在治療中のお病気はありますか？（眼科以外も）

☐ はい (病名:) ☐ いいえ

◎ 服用中の薬剤はありますか？

☐ はい (薬名:) ☐ いいえ

◎ 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

◎ 現在、妊娠または授乳されていますか？

☐ はい ☐ いいえ

ご記入ありがとうございました。記入が終わりましたらお手数ですが受付までお持ちください。