

オルソケラトロジー 問診票

中央林間やまかわ眼科

フリガナ _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 性別 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 _____ 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____ - _____

自宅 (_____) - 携帯 (_____) -

オルソケラトロジーは全ての方に適応する治療ではありません。ご受診頂いても治療出来かねる場合がございますのでご了承ください。下記のアンケートにお答えください。

① オルソケラトロジー治療をご希望の理由をご記入ください

(_____)

② 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・ハードコンタクト) いいえ

③ コンタクトレンズ、またはケア用品の使用によって異常が出たことがありますか

いいえ はい⇒ (_____)

④ 食べ物や薬・注射でアレルギーや異常を起こしたことはありますか (例：イソジンなどのヨード系)

いいえ はい⇒ (_____)

⑤ 現在目の病気がある、もしくは治療中ですか

いいえ はい⇒疾患名 (_____)

⑥ 重症なドライアイと言われたことがありますか

いいえ はい

⑦ 目以外の病気にかかったことがありますか

いいえ 免疫疾患 糖尿病 その他 (_____)

⑧ レーシックや ICL 手術を受けたことがありますか

いいえ はい (レーシック・ICL)

⑨ 職業上、常に適切な視力が必要で、視力の変化があった際に業務の中止ができない仕事をしていますか (例) パイロット 職業ドライバーなど

いいえ はい⇒ (_____)

⑩ 1日の平均睡眠時間はどのぐらいですか

4時間未満 4~6時間 6時間以上

⑪ 極度に神経質だと言われたことがある、もしくは自分で思いますか

いいえ はい

⑫ 常に乾燥した環境にいますか

いいえ はい

⑬ 女性の方のみ質問です。 現在妊娠中・授乳中、または妊娠の計画がありますか

いいえ はい

⑭ 当院を何で知りましたか？

紹介 (知人・家族・病院) インターネット (ホームページ・其他媒体)
その他 (_____)