

**レーシック・ICL・オルソケラトロジー問診票**

記入日：平成      年      月      日

フリガナ ----- お名前	生年月日：西暦      年      月      日（      才）		
	性別：（男 ・ 女）	血液型：      型	
ご住所（ご自宅・会社）：〒			
*ダイレクトメール等お送りしてもよろしいですか？：（はい・いいえ）			
TEL：		携帯番号：	
*当院からご連絡する際にクリニック名を出してもよろしいですか？：（はい・いいえ）			
緊急連絡先 TEL	E-mail アドレス		
ご職業（なるべく具体的に）			
パソコン使用 有・無 / 夜間の車の運転 有・無			

■希望される治療方法を○で囲んでください。

1. 屈折矯正手術（レーシック・ICL）適応検査      2. オルソケラトロジー適応検査

■当院でのレーシック、ICL、オルソケラトロジーをどちらでお知りになりましたか？

該当する項目を○で囲んでください。（複数回答可）

1. 菊川眼科のホームページを見た      2. 菊川眼科内の掲示物を見た  
 3. テレビ・ラジオ（      ）      4. 知人のご紹介（ご紹介者のお名前：      ）  
 5. 眼科紹介（病院名：      ）      6. 資料請求をした  
 7. 看板      8. その他（      ）

■現在のコンタクトレンズの使用状況を以下からお選びいただき、○で囲んでください。

1. 使用していない      2. 使用している（ソフト・ハード      年間使用）  
 3. はずしている（ソフト・ハード      日前から）

■どの程度の裸眼視力（メガネ、コンタクトレンズなしの視力）改善を期待していますか？

1. 1.0 以上（遠くの細かいものが良く見える）  
 2. 1.0 程度（遠くが見える）  
 3. 0.7 程度（運転免許の更新ができる程度）  
 4. 0.5 程度（日常生活がメガネやコンタクトレンズなしで、なんとか過ごせる程度）  
 5. 0.1 程度（分厚いメガネから解放されれば良い）

■治療を受けたいと思う動機を以下からお選びいただき、○で囲んでください。（複数の回答可）

1. 職業的な理由（      ）  
 2. メガネは外見上不利  
 3. スポーツ(種類：      )や趣味のため、メガネ・コンタクトは不便  
 4. 不同視(左右の近視の度数が違いすぎるので疲れる)がある  
 5. メガネはとても疲れる  
 6. コンタクトレンズは異物感、充血が出現するので長時間できない  
 7. コンタクトレンズの手入れが面倒  
 8. 新しい手術または治療だから受けてみたい      9. メガネ、コンタクトレンズはお金がかかる  
 10. 裸眼で生活したい      11. その他（      ）

■現在の自覚症状と最も近いと思われるものをお選びいただき、○で囲んでください。

目が疲れる	右目	全く感じない 0	1	2	3	かなり感じる 4
	左目	0	1	2	3	4
まぶしく感じる	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
乾燥感（乾き）がある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
異物感（ゴロゴロ）がある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
かゆみがある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
充血する	右目	全くしない 0	1	2	3	かなりある 4
	左目	0	1	2	3	4
目やにがでる	右目	全くない 0	1	2	3	かなりでる 4
	左目	0	1	2	3	4

\* 薄目を開けて寝ているといわれたことがありますか？ : (はい ・ いいえ)

その他の症状があれば、なるべく具体的にお書きください。

■現在、または過去に目や全身の病気、手術、ケガがあればお書きください。

目の病気や手術 : ( ) まぶたの手術 : (ある ・ ない)

全身の病気や手術 : ( )

ご家族で目や全身の病気をお持ちの方がいらしたらお書きください。

病気や手術 : ( ) あなたとの続柄 : ( )

■輸血歴、肝炎の既往歴 (過去に輸血を受けたり、肝炎になったことのある方はお答えください。)

輸血 : (ある ・ ない) 肝炎 : (ある ・ ない)

■現在妊娠中、授乳中、避妊薬（ピルなど）を内服中でしたらお書きください。

妊娠中 : (現在 \_\_\_\_\_ カ月) 授乳中 : ( \_\_\_\_\_ 月まで予定)

避妊薬内服中 : (薬品 : \_\_\_\_\_、いつ頃から : \_\_\_\_\_)

■現在、使用中の薬がありましたらお書きください(市販薬も含む)。

点眼薬 : ( ) 病院 ( )

内服薬 : ( ) 病院 ( )

注射 : ( ) 病院 ( )

■アレルギーの有無についてお答えください。

花粉症 ・ 食物 ( ) ・ 薬物 ( )

その他 ( )

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。