

問診表（適応検査）

(ふりがな)	性別	生年月日	年齢
お名前	(男・女)	昭・平 年 月 日	歳
電話番号 (携帯)	(自宅・職場)		

検討中の治療 ※複数可

●屈折矯正手術

- ReLEx SMILE (リレックススマイル)
- V-LASIK (レーシック)
- ICL (眼内コンタクトレンズ)
- 特に決めていない

●老眼治療

- 老眼矯正レーシック
- 多焦点眼内レンズ (先進医療)
- 多焦点眼内レンズ (自費診療)
- 特に決めていない

現在のメガネ・コンタクトレンズの使用状況

- 裸眼 (使用なし)
- メガネ (遠方用 ・ 老眼鏡 ・ 遠近両用)
- コンタクトレンズ 使い捨てソフト (1日 2週間 1か月) ソフト ハード

治療の動機 ※複数可

- 裸眼で生活したい メガネ・コンタクトが面倒、合わない
- 職業的な理由 ()
- スポーツ () のため、メガネ・コンタクトが不便
- 趣味 () のため、メガネ・コンタクトが不便
- 左右の度数が違いすぎていて、目が疲れる その他 ()

職業について

※職種を具体的にご記入ください（無職の方の場合は、日常で主にしていることをご記入ください）。

- その職業は、細かい作業がありますか？ いいえ ・ はい ()
- その職業は、主にパソコンを使用しますか？ いいえ ・ はい (頻度 1日 時間)
- その職業は、車の運転を必要としますか？ いいえ ・ はい (主に日中 / 主に夜間 / 昼夜とも)
- その職業は、色の細かい区別が必要ですか？ いいえ ・ はい ()

女性の方へ

- 現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい (週) ・ 可能性がある
- 半年以内に出産していますか？ いいえ ・ はい (生後 ヶ月) ・ 授乳中

手術の内容について

- あまりよく知らない ある程度は理解している

治療について、聞きたいこと・伝えておきたいことがあればご記入ください

ご記入ありがとうございました。