

レーザー近視矯正手術を受ける方へ

平成 年 月 日

ふりがな
氏名

年齢 才 男 ・ 女

①職業 _____ 連絡先 TEL _____

②メガネ使用歴 _____ 年間

③コンタクトレンズ使用歴 _____ 最終装脱

ソフトコンタクトレンズ (SCL) _____ 年間

ハードコンタクトレンズ (HCL) _____ 年間

④全身的な病歴

手術を受けたことがありますか？また現在治療していますか？

なし ・ あり ()

⑤眼の病歴

手術を受けたことがありますか？また現在治療していますか？

なし ・ あり ()

⑥治療中もしくは治療を受けた疾患に○をつけて下さい (いくつでも可)

1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 膠原病 4. 血液疾患 5. アトピー・ケロイド 6. アレルギー

7. 緑内障 8. 帯状疱疹 9. 角膜疾患・外傷割 10. 眼底疾患・ヘルペス 11. 授乳中・妊娠中

12. その他 ()

⑦現在内服をされている方

薬の種類 _____

⑧以前内服をされていた方

期間 _____

薬の種類 _____

⑨薬によるアレルギーはありますか？

なし ・ あり ()

⑩手術を希望する動機に○をつけて下さい (いくつでも可)

1. メガネが煩わしい 2. コンタクトレンズが合わない 3. 職業上 4. 趣味のため

5. その他 ()

⑪当院でのレーザー近視矯正手術をどのようにお知りになりましたか？ (いくつでも可)

1. インターネット 2. 雑誌・新聞・テレビ 3. 知人の紹介

4. その他 ()