

レーシック問診票

フリガナ

お名前 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 ____ 才

住所 _____

電話番号 _____

緊急連絡先（携帯電話など） _____

・これまで、視力回復に関して以前にどこか受診されたことはありますか

☐ ある（具体的な場所 _____）

☐ ない

・現在、何か目に自覚症状がありますか？

☐ ある → ☐ 充血 ☐ 目やに ☐ 乾燥感 ☐ かゆみ ☐ 目の疲れ ☐ 異物感

☐ ない

・今までにかかった目の病気についてお聞かせ下さい

眼科 ☐ 花粉症 ☐ 網膜剥離 ☐ 緑内障 ☐ 角膜疾患
☐ 結膜炎 ☐ 白内障 ☐ 弱視 ☐ 複視
☐ 目のヘルペス ☐ その他（ _____ ）
☐ かかったことがない

・今までに受けたことのある手術についてご記入下さい

眼科 ☐ ない
☐ ある（☐ 網膜剥離 ☐ 緑内障 ☐ 光凝固 ☐ 角膜手術）
何年前に（ _____ 年前） どの病院で（ _____ ）

他の科 ☐ ない
☐ ある（具体的に _____ ）

・今までに薬や注射で具合が悪くなったことはありますか

☐ ない

☐ ある（ _____ ）

・ご家族で円錐角膜の方はいますか？

☐ いる

☐ いない

☐ 分からない

・ ご家族でその他の目の病気にかかったことのある方はいますか？

☐ いる → 詳細 ()

☐ いない

☐ 分からない

・ 日常的に服用している薬（点眼薬を含む）はありますか？

☐ はい → (薬品名 :)

☐ いいえ

・ 以下の薬を服用されていますか？

☐ はい → ☐ アミオダロン（不整脈治療薬） ☐ 免疫抑制剤（薬品名)

☐ いいえ

・ 以下の病気にかかったことはありますか

☐ はい → ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 喘息（小児喘息以外）

☐ 心臓疾患 ☐ 悪性疾患 ☐ バセドウ病 ☐ 甲状腺異常

☐ てんかん ☐ 慢性関節リウマチ／SLE

☐ クロウン病／潰瘍性大腸炎 ☐ 熱帯病（マラリア、赤痢等）

☐ 免疫不全状態（HIV 含む） ☐ アトピー性皮膚炎

☐ 顔や脛の皮膚炎 ☐ ケロイド体質、傷が治りにくい

☐ いいえ

・ MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）感染症にかかっていますか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ 分からない

・ 現在、ケガや病気で治っていないものはありますか？

☐ はい → 詳細 ()

☐ いいえ

・ その他、健康状態に何か問題はありますか？

☐ はい → 詳細 ()

☐ いいえ

・ LASIK によって、最低でもどのくらいの裸眼視力（メガネなしの視力）を期待していますか？

☐ 0.1 程度（分厚いメガネから解放されたい）

☐ 0.5 程度（日常生活がメガネなしで何とかできる程度）

☐ 0.7 程度（近くがよく見えて、遠くは運転がメガネなしでギリギリできる程度）

☐ 1.0 程度（遠くも不便なく見える）

☐ 1.2 以上（遠くの細かいものがよく見える）

裏に続きます

・アレルギーはありますか（花粉／薬／食物アレルギーなど）

- ☐ はい → 詳細（ ）
☐ いいえ
☐ 分からない

・動物を飼っていますか

- ☐ いる → 犬・猫・その他（ ）
☐ いない

・うつ病を含む精神疾患で治療を受けたことがありますか？または現在治療中ですか？

- ☐ はい
☐ いいえ

・性格につき教えてください

- ☐ 細かいことはあまり気にしない
☐ どちらともいえない
☐ 神経質な方だ
☐ とても神経質で、細かいことがとても気になる

・女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？

- ☐ はい ☐ いいえ

授乳中ですか？

- ☐ はい ☐ いいえ

過去3ヶ月間に出産・授乳をしましたか？

- ☐ はい ☐ いいえ

ピル（経口避妊薬）を飲んでいますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

・職業

- ☐ パイロット志望の自衛官 ☐ 会社員・役員 ☐ 自営業 ☐ 公務員
☐ 学生 ☐ アルバイト・パート ☐ 主婦(主夫) ☐ 無職 ☐ その他（ ）

・そのお仕事は主にどのくらいの距離を見ていますか？（複数回答可）

- ☐ 目から 30cm 前後 ☐ 目から 50cm 前後 ☐ 目から 1～3m 前後
☐ 目から 5m 以上遠くまで

・そのお仕事では、色の細かい区別が必要ですか？（カラーコーディネーターや、画家等）

- ☐ はい
☐ いいえ

・そのお仕事は、LASIK をしても大丈夫ですか？

(パイロット免許などは、LASIK をすると受験資格がなくなる場合があります)

☐ はい

☐ いいえ

・車の運転はどのくらいしますか

☐ 毎日 ☐ 週 1～2 回 ☐ 月 1～2 回 ☐ 運転しない

・運転はどの時間帯に多いですか

☐ 日中が多い ☐ 朝夕や夜が多い ☐ 日中も夜も運転する

・趣味などを教えてください（複数回答可）

☐ ゴルフ ☐ テニス ☐ 水泳 ☐ 旅行やドライブ

☐ パソコン、読書 ☐ グルメ、料理

☐ 絵画、版画、彫刻、手芸、工芸など

☐ 格闘技系（ボクシング、レスリング、空手、柔道、相撲、ラグビーなど）

☐ その他（ ）

・メガネ、コンタクトレンズの使用状況と使用歴を教えてください

1) 現在のメガネ、コンタクトの使用状況

☐ 裸眼で生活している ☐ メガネのみ使用 ☐ コンタクトのみ使用

☐ メガネ、コンタクトを併用

2) 使用歴について

メガネ _____ 歳から _____ 年間使用

ハードコンタクト _____ 歳から _____ 年間使用

ソフトコンタクト _____ 歳から _____ 年間使用

※現在のコンタクトレンズを 1 週間に _____ 日使用 日に _____ 時間使用

3) 40 才以上の方のみお答え下さい

メガネ、コンタクト使用時に手元が見えにくいことはありますか？

☐ はい

☐ いいえ

問診票に記入した内容に間違いありません

日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名： _____