

1. レーシックについてどの程度ご存知ですか？

- あまりよく知らない
ある程度理解している
理解していると思う

※もっとお知りになりたいことがあれば、どのようなことについてかを具体的に記入してください

「ある程度理解している」・「理解していると思う」と答えた方のみ

- ホームページ等で調べたことがあるから
家族や知人がレーシックを受けたから
その他（)

2. 現在の眼鏡やコンタクトを使用しない視力はどのくらいですか？

- 0.7以上 0.1以上0.7未満 0.1以下

3. 普段コンタクトレンズを使用されていますか？

- はい：ソフトコンタクト（ワンデイ・2ウィーク・使い捨てではない）
ハードコンタクト 乱視用ソフトコンタクト
いいえ

4. 3で「はい」と答えた方のみ

- 使用頻度：ほぼ毎日 週に2～3日 月に数回程度

5. 現在、眼に自覚症状がある方は、お選びください

- 充血 かゆみ 目やに 乾燥感 疲れ目 異物感 花粉症
飛蚊症（黒いものが飛んで見える）
その他（)

6. これまで、眼科で治療や手術を受けたご経験のある方は、お選びください

- 流行性角結膜炎（はやり目） ドライアイ 白内障 緑内障 網膜剥離
コンタクトレンズ使用に伴う角膜障害 眼底の病気に伴うレーザーによる治療
その他（)

7. 今までに、大きな病気にかかったことがありますか？（複数回答可）

- はい：リュウマチ・膠原病・糖尿病（妊娠糖尿病）・心疾患・肝臓病・喘息
 ケロイド体質・アトピー・その他（)
いいえ

8. 現在、ご使用中のお薬があればご記入ください（市販薬も含めて）

*お薬の内容によっては、治療に影響を及ぼす場合がありますので、服用中のお薬はすべてご記入ください

- 内服薬：
点眼薬：
その他：

9. これまでに、下記のいずれかに感染している可能性はありますか？

B型肝炎・C型肝炎・梅毒・ウィルス性感染症・HIV・その他

- ない ある（) わからない