２０.当クリニックをお選び頂いた理由は何ですか？（複数回答可）

□医師の実績・信頼　　□価格　　□紹介　　□立地条件が良い

□利用したい術式/設備がある　術式名（　　）

□その他（　　）

２１.これまでに、他のクリニックで適応検査を受けたことはありますか？

□はい　クリニック名（　　）

□いいえ

２２．２１.で「はい」とお答えになった方のみ。

複数のクリニックで適応検査をご希望される理由をお答えください。

□一つのクリニックだと不安だから

□複数のクリニックを比べてみたい

□他のクリニックの検査で希望の術式が適応外だったため

差し支えなければ適応外の理由をお教え下さい

（　　）

勧められた希望以外の術式がありましたらお教えください

（　　）

□その他（　　）

２３.術式をお選びになる際に、重要視されることは何ですか？

□品質が良ければ価格には全くこだわらない。

□品質によっては、価格だけにはこだわらない。

□とにかく安く受けたい。

２４.レーシックを受けいただく場合、下記のご都合のよい日をお聞かせ下さい。

□　木曜午前　　□金曜午前　　□金曜午後

手術日翌日は、必ず術後の診察がございます。

２５.ご質問やご意見がございましたら、お気軽にご記入ください

以上となります。長い時間、お疲れ様でした。
ご回答いただいた内容を参考にして、治療の方針等に反映さていただきます。
ご提示いただきました個人情報につきましては、正当な理由なく開示、提供、漏洩することはありません。
ご協力、誠に有難うございました。

レーシック治療は、自由診療です。健康保険の適用はありませんので、全額ご本人のご負担となります。
「自由診療について」（別紙）の内容説明を受け、自由診療について、十分に理解しております。

平成　　年　　月　　日

氏名