

オルソケラトロジーレンズを用いた近視治療アンケート

当院でのオルソケラトロジーレンズ(以下オルソK)を用いた近視治療について、良かったこと、ご不満に感じられたこと等々、どうかご遠慮なく、積極的なご意見を賜れますと幸いです。

Q1. 当院でオルソKを用いた近視治療を受けようと思われたきっかけを教えてください。

友人がご使用され、良いお話を伺ったことがきっかけです。

Q2. ここまでの治療経過については満足いくものでしたか？ またその理由も教えてください。

満足しております。
細やかな診察、相談にも快く対応していただけたからです。

Q3. オルソKを用いた近視治療について、お子様、保護者様が慣れるまでの課程で苦労したことはどのようなところでしたか？

朝、レンズを取るのに時間がかかる時があり
本人も焦っていました(娘)が、不慣れなこともあったと思うので、慣れているうちに
良いと思います。

Q4. 治療費は適正に感じましたか？(○をつけてください)

はい

いいえ

どちらとも言えない

Q5. その他ご意見ございましたらご自由に記載ください

使用に際する相談にも丁寧にご対応いただき、ありがとうございました。

これからこの治療を受ける患者様へこのアンケートを参考にさせていただければ幸いです。
アンケート内容の公開について下記☑をお願いいたします。

- ☒ アンケート公開を匿名で許可します。
☐ アンケート公開を許可しません。

ご協力ありがとうございました。今後の運営に役立たせていただきます。