

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。

娘の友達が治療しており、本人がしてみたいと意欲的であった為

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。

日中めがねを着用せずに過ごせるようになったり、本人も嬉しそうであり、満足している
水泳や、空手の習い事をしているが、快適になつて以前より見える世界が広がっている

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？

レンズをいれる際にずれる時ずれてしまった際の痛み。
就寝前にレンズをいれるので眠くなくなりすぎると着用をめんどうさがる姿があり、説明が必要であったこと

Q4. 治療費は適正に感じましたか？(〇をつけてください)

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

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。