

## 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。

小学校入学 <sup>市で</sup> 近隣

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。

指導が分かりやすく適切

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？

初めのうしろの向のみ、つけ外し等に難渋したくらい。

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

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。