

お子様の視力低下で受診された方へ

1,現在、眼鏡やコンタクトレンズをお使いですか？お使いの場合何歳頃からですか？

はい： 歳頃から

いいえ

2,これまで近視進行抑制治療（点眼やオルソケラトロジー）を受けたことがありますか？

あり：治療内容

なし

3,これまで弱視やそのほか目の病気を指摘されたり、治療をされたことはありますか？

あり：疾患名や治療など

なし

4,ご両親の目の状況（近視）について

両親ともに近視

片方が近視

どちらも近視ではない

5,近視進行抑制についてどのようにお考えですか？

積極的に対策したい

必要なら対策したい

よく分からない

必要でないと考えている

お子様の日常生活についてうかがいます

1,学校以外で読書・勉強など近くを見る作業をする時間：平日（ ）時間 / 週末（ ）時間

2,作業の間に休憩をしていますか：している（ ）分おきに（ ）回 / していない

3,ゲーム・スマートフォン・タブレット：平日（ ）時間 / 週末（ ）時間

4,スマホ等を見る際目の目からの距離：約（ ）cm / かなり近い / 近い

5,日中屋外で過ごす時間：平日（ ）時間 / 週末（ ）時間

ご協力ありがとうございました