

ソフトコンタクトレンズ装用者の調査

医師の処方を受けずに購入した、あるいは、他院で処方されたソフトコンタクトレンズ（SCL）を装用されている人のうち、①SCLと関連した眼障害を有したがCL装用中止を指示しなかった患者さん、あるいは②SCLと関連した眼疾患・症状・訴えのない患者さんを対象とした調査です。可能な限りカラーCL装用者（度あり・なしに関わらず）を最初の1例とし、同意のとれた連続10症例の報告をお願いいたします。調査用紙記入後、症例毎に、日本コンタクトレンズ学会事務局 072-623-6060 までFAXをお願いいたします。

調査期間は平成26年12月1日から平成27年1月31日までとなります。該当する部位に☑をつけてください。また必要に応じて下線にご記入ください。

0. この患者さんは

SCLと関連した眼障害を有し、CL装用中止を指示した ⇨ 本調査票でなく、別調査票（眼障害あり）にご記入ください

SCLと関連した眼障害を有したが、CL装用中止を指示しなかった ⇨ 以下の1～10にご記入ください

SCLと関連のない眼疾患・症状・訴え ⇨ 以下の1～10にご記入ください

↳ 具体的に SCL処方箋発行目的 屈折矯正関連（手術相談含む） 美容関連
 眼底疾患 知人の障害を知って怖くなって その他：（_____）

1. 患者 年齢 _____歳（診断日の年齢でご記入ください） 男 女 他院からの紹介 なし あり

3. SCLの商品名 左右同じであれば、右眼のみ記載してください。

右眼 商品名（_____）レンズメーカー（_____） 不明 使用していない 左眼 商品名（_____）レンズメーカー（_____） 不明 使用していない

4. SCLの種類 透明 度ありカラーCL 度なしカラーCL カラーCLだが”度なし”、あるいは、”度あり” かわからない 不明

5. SCLの交換期間 1日使い捨て 2週間交換 1ヶ月交換 3ヶ月交換 1年交換 従来型 不明 その他

6. SCLの購入時に医師の処方を受けたか？ 医師の処方を受けた 医師の処方は受けていない 不明

7. SCLを購入した場所 眼科医療機関併設販売店 CL量販店 眼鏡店 インターネット 大型雑貨店 薬局 その他（_____） 不明

10. SCLあるいはSCL装用状況につきあてはまるものをお選びください（複数回答可）。

	右	左		右	左		右	左
A. SCL（製品）自体に問題がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. SCLの経時的な劣化に問題がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. SCLの使用・装用方法に問題あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（Aに☑を入れた場合、具体的事例に☑してください）			（Bに☑を入れた場合、具体的事例に☑してください）			（Cに☑を入れた場合、具体的事例に☑してください）		
1 色素の露出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 変形	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 装用時間が長い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 色素による凹凸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 連続装用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 低酸素透過性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 キズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 装用サイクルを守らない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 レンズ径が大きい（14.5mm以上）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 汚れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 誤った洗浄方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ペースカーブがスティーブ（8.4mm未満）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 材質劣化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 誤った消毒方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 初期破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 初期変形	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ _____ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ _____ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
（ _____ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						