

ソフトコンタクトレンズ装用による眼障害の調査

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）による眼障害のアンケート調査です。装用中止を必要としたSCL装用による眼障害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。

- 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
- SCLによる眼障害のあった眼（装用中止を要した眼障害） 右眼 左眼 **両眼の場合は、左右両方に☑をつけてください。**
- SCLの商品名（眼障害時に使用していたもの） 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
- 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”か不明 不明
- 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
- SCL（眼障害時に使用していたもの）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
- SCL（眼障害時に使用していたもの）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
- SCL装用中止を要した期間 右： _____日 装用中止は必要としなかった 入院を要した 左： _____日 装用中止は必要としなかった 入院を要した
- SCL眼障害（装用中止を必要とした眼障害）の診断名について**主たるものを一つだけ**選択して番号を記入してください。
右： _____ 装用中止は必要としなかった 左： _____ 装用中止は必要としなかった
①点状表層角膜炎 ②角膜上皮びらん ③角膜上皮剥離 ④角膜浸潤 ⑤角膜潰瘍 ⑥角膜浮腫 ⑦角膜血管新生 ⑧虹彩炎 ⑨結膜充血 ⑩角膜変形
⑪アレルギー性結膜炎（巨大乳頭結膜炎を含む） ⑫角膜内皮細胞障害 ⑬角膜表面の色素沈着 ⑭その他（右_____）（左_____）
- SCLによる眼障害の原因として考えられるものを**左右別**に選択してください（複数回答可）。

また、眼障害がなくても、何らかの問題がある場合もA~Cの項目について☑を入れてください。なお眼障害の原因が不明な場合は、Dの項目に☑を入れてください

	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の使用法・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 ベ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"/>						
8 その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							右	左
						D. 眼障害の原因は不明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ソフトコンタクトレンズ装用者の問診票

他院で処方を受けた、あるいは、医師の処方を受けずに購入したソフトコンタクトレンズを使用している方への問診票です。厚生労働省の特別研究のアンケート調査に利用されます。調査に協力をしていただける方に記入をお願いしています。

男性 女性 年齢_____歳

(1) 現在使用中のソフトコンタクトレンズはどんな種類ですか？

- ソフトコンタクトレンズ（透明） 度ありカラーコンタクトレンズ
度数なしカラーコンタクトレンズ その他（_____）

(2) 現在使用中のソフトコンタクトレンズの定められた交換サイクルは、どれですか？

- 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（定められた交換期間はない） 不明

(3) 現在使用中のコンタクトレンズの商品名を教えてください。左右同じ場合は右レンズをお願いします。

カラーコンタクトレンズの商品名、レンズメーカー名が解らない方はリストを用意していますので、ご利用ください。

右眼 商品名（_____）レンズメーカー（_____） 不明

左眼 商品名（_____）レンズメーカー（_____） 不明

(4) 現在使用中のコンタクトレンズを購入したときに、医師の処方を受けましたか？

- 医師の処方を受けた 医師の処方は受けていない

(5) 現在使用中のコンタクトレンズはどこで購入しましたか？

眼科医療機関併設販売店 眼鏡店 コンタクトレンズ量販店 インターネット 大型雑貨店 薬局 その他

(6) 現在のコンタクトレンズはどのくらい装用していますか 1日平均_____時間位 週_____日

(7) コンタクトレンズをはずした後に、こすり洗いをしていますか？

- 毎日こすり洗いをしている 時々している あまりしていない こすり洗いはしていない

(8) コンタクトレンズを装着する前に、保存液、あるいは、MPS（1本タイプ）でレンズをすすいでいますか？

- 毎回すすいでいる 時々すすいでいる あまりすすいでいない すすいでいない

(9) ソフトコンタクトレンズの消毒はしていますか？（ソフトコンタクトレンズの方のみ）

1日使い捨て、あるいは、1週間連続装用使い捨てソフトコンタクトレンズなので消毒は不要である

- 毎日消毒をしている 時々消毒をしている あまり消毒はしていない 消毒はしていない

(10) レンズケースは洗浄していますか？

- 毎日洗浄している 時々洗浄している あまり洗浄していない 洗浄していない

(11) レンズケースは乾燥させていますか？

- 毎日乾燥させている 時々乾燥させている あまり乾燥させていない 乾燥させていない

(12) 眼科でコンタクトレンズの定期検診を受けていますか？ 受けている 受けていない

(13) 現在のコンタクトレンズの調子はいかがですか？ 調子よい あまり調子良くない 調子悪い

(14) (13)の質問で“あまり調子良くない”あるいは“調子悪い”と答えた方のみご記入ください

目が乾く 目が赤い 痛み 装用感が悪い 異物感 涙がでる まぶしい ずれる

度が強い 近くが見にくい 目が疲れる 頭が痛い 視力が弱い 二重に見える かすむ

くもる レンズが汚れやすい 目やにが出る その他 _____

同意書

担当医師 殿

私は「カラーコンタクトレンズによる眼障害の発生状況に関する実態調査」について、以下の項目について十分説明を受けました。

- 1 研究の意義・目的
- 2 研究対象
- 3 研究期間
- 4 研究方法
- 5 予想される結果
- 6 研究参加者の期待される利益・予想される不利益
- 7 研究参加の同意と撤回権
- 8 費用負担・研究費
- 9 個人情報の保護
- 10 研究成果の取扱い
- 11 研究終了後の資料・試料の取扱い
- 12 問い合わせ先

上記の全ての説明事項について理解した上で、本研究に参加することに同意致します。

氏名： _____ (署名) 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

年齢 ____ 歳 性別 男 女 (該当する方に してください)

担当医師名： _____ (署名) 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

18歳未満の患者さん (保護者への説明)

口頭アセントを取得 (6歳以上) した しない 該当しない