

オルソケラトロジー治療プログラムスケジュール

①
様

予約 事前連絡	金額	所要 時間	検査内容 【注意事項】
<input type="checkbox"/> 初診	¥3,300	約2時間	適応検査
予約※下記表	現金のみ		⇒トライアルレンズの装用
<input type="checkbox"/> / () :	¥33,000	約1時間	⇒トライアルレンズ注文
事前連絡	現金のみ		コンタクトレンズの装用練習
<input type="checkbox"/> / () :	¥0	約1時間	⇒トライアルレンズのお渡し
事前連絡			【トライアル最長1ヶ月】
<input type="checkbox"/> / () :	¥0	約1時間	トライアルレンズにて定期検査
事前連絡			⇒良好なら本レンズ注文（レンズお渡しは後日）
<input type="checkbox"/> / () :	¥0	約1時間	⇒本契約申し込み
事前連絡			【本レンズをお渡しの際、トライアルレンズと交換します】
<input type="checkbox"/> / () :	¥0	約1時間	定期検査（前回から2週間～1ヶ月後）
事前連絡			【コンタクトレンズをレンズケースに入れてご持参下さい】
<input type="checkbox"/> / () :	¥0	約1時間	定期検査（3ヶ月後）
事前連絡			【今後3ヶ月毎定期検査】
<input type="checkbox"/> / () :	¥0	約1時間	定期検査（3ヶ月後）
事前連絡			【今後3ヶ月毎定期検査】
<input type="checkbox"/> / () :	¥0	約1時間	定期検査（3ヶ月後）
事前連絡			【定期検査の際は、毎回コンタクトレンズをご持参下さい】

◆契約後、月々¥7,700-の治療費が発生します。（クレジットカードにて引落）

※オルソ予約時間表（初回のみ）

月	火・水・金	土
9:00	9:00	9:00
10:00	10:00	10:00
/	14:30	/
	15:30	
	16:30	

オルソ初回のみ予約制となっております。

事前にお電話・ネットで予約をお取り下さい。

坂戸コンタクトレンズ TEL049-289-8940

坂戸眼科ホームページ sakado-ganka.www2.jp

※定期検査時間（2回目以降）

《月/土曜日》 午前9:00～12:00 / 午後休診

《火/水/金曜日》 午前9:00～12:30 / 午後14:30～17:30

~~~~~ レンズケアの重要性について ~~~~~

オルソケラトロジーレンズは特殊なデザインの高酸素透過性素材で作られています。

たとえ十分な酸素がレンズを通してもレンズと角膜の間の涙の交換は難しく、

レンズに汚れが付き易くなります。

コンタクトレンズ使用者の眼合併症の多くは、レンズの汚れが原因です。

重篤な眼合併症の予防が大切で、毎日レンズの洗浄、汚れの除去を正しく行う必要があります。

オルソケラトロジーを含めコンタクトレンズ使用者は、正しいケアを守ってください。

オルソケラトロジー治療 同意書

角膜矯正用コンタクトレンズ「ブレスオーコレクト®」を用いてオルソケラトロジー治療（以下、本治療）を受診するにあたり、下記事項を守り受診することに同意いたします。

□ 1. 眼科専門医の指示の遵守

就寝時装用をするにあたって眼科専門医から指示された事項は正確に守ります。また、指示事項に変更があった場合も新たに指示事項を守ります。

□ 2. 定期検査受診および検査日変更時の連絡の義務

指示された定期検査日には必ず来院し、検査を受けます。万一、指示された定期検査日に不都合が生じ、検査が受けられなくなった場合には、あらかじめ連絡をとり、検査日を取り決め、受診いたします。

□ 3. 異常症状発現時の連絡の義務

装用中に何らかの異常を感じた場合は、装用を中止し、速やかに受診しその指示に従います。

□ 4. 必要な事項

取扱説明書を熟読し、正しく使用します。病気、事故等で長期間受診できない場合には、装用を中止します。その後の装用再開にあたっては、必ず来院し診察を受け、指示に従います。

□ 5. 合併症と問題点

本治療には、以下の合併症と問題点が発生する可能性がある事を確認し、眼科専門医の指示に従い治療を受診します。

1. 疼痛 2. 角膜上皮障害 3. 上皮下混濁 4. 角膜感染症 5. アレルギー性結膜炎 6. ハロー・グレア
7. 視力の日内変動 8. コントラスト感度の低下 9. 不正乱視 10. corneal iron ring (角膜輪状鉄沈着)

□ 6. その他同意事項

- ①本治療には個人差があり、必ずしも期待する改善効果が現れるとは限りません。
- ②屈折矯正治療には眼鏡、コンタクトレンズ、レーシック等、本治療以外にも存在します。
- ③本治療受診後に何らかの疾病で受診した場合、本治療の既往について担当医に申告します。
- ④治療用レンズのケア用品は当院で指定した物を別途お買い求めいただきます。当院で指定した以外のケア用品を使用した場合の不具合については当院では責任を負いません。
- ⑤治療用レンズに汚れ、キズ、破損等が生じレンズ交換を指示された場合には、交換に応じていただきます。

□ 7. 費用について同意事項 (以下に記載されている金額は全て別途消費税が加算されます)

- ①本治療は保険適応外にて全額自己負担になり、別途消費税が加算されます。本治療に関係のない疾患の検査、治療については別途保険診療として費用が掛かる場合があります。
- ②お試し装用の期間はレンズお渡し日より原則7日間となります。
- ③お試し装用については、先にレンズ貸し出しに対する保証金（管理費 11000 円を含む）（預り金）として 33000 円を、お支払いいただきます。
お試し装用のみの方は、お試し装用終了後レンズ返却時に管理費 11000 円を差引き 22000 円を

返金いたします。

本治療を開始される方は、保証金から治療費の15400円を初回支払い分（2ヶ月分）に、17600円を初年度の定期検査代等に充てさせていただきます。

- ④お試し装用の費用には治療に必要な備品・ケア用品代も含まれます。
- ⑤お試し装用期間終了後、本治療を開始する場合は、治療費として「定額レンタルプラン」にお申込みいただき所定の利用料（毎月7700円（片眼の場合4400円））が必要になります。
治療費には、本治療開始後のレンズの製作・レンズ使用（レンタル）費用等が含まれます。また、途中で合併症等が生じた場合、別途治療費や薬代が必要になることがあります。
- ⑥2年目以降はレンズ使用（レンタル）費用として毎月7700円（片眼の場合4400円）が必要となります。また、3ヶ月毎の定期検査費用3300円が受診時に必要となります。
治療中に合併症等が生じた場合、別途治療費や薬代が必要になることがあります。
- ⑦レンズ規格の変更交換・破損交換・汚れキズ等による交換は、本治療開始日より12ヶ月以内に片眼2回のみ無償で可能（破損レンズが半分以上必要）ですが、いずれも眼科専門医が必要と判断した場合にのみ適応となります。紛失時、新たにレンズを作成する場合は別途11000円（1枚）が必要となります。
- ⑧予備（スペア用）のレンズ作成はできません。
- ⑥治療の途中解約による返金はいかなる理由でも行いません。
- ⑦本治療用レンズについて、途中で本治療を中止・解約した場合は必ずレンズを返却して頂きます。

治療に必要な当院でご購入いただく備品・ケア用品の内容は次のとおりです。

- 【備品・ケア用品】 レンズケース(1本)／スポイト(1本)／装着液(眼潤：1本)／
洗淨保存液(コレクトケアまたはO2セプト：1本)
こすり洗い専用クリーナー(コレクトジェルケアプラス：1本)

注：指定以外の商品は使用できません

同意日	年 月 日
医療機関 眼科専門医	〒350-0215 埼玉県坂戸市関間1-1-15 坂戸眼科医院
装用者住所	〒 -
装用者氏名	
保護者氏名	(20歳未満の方は、保護者の同意が必要です。)

問診票

お名前

受付日

当てはまるものに ○ をして下さい。()の中は分かりましたらご記入下さい。

- ① 今まで眼の病気があると言われたことがありますか？
ある () ない
- ② 眼以外に何か病気があると言われたことがありますか？
ある () ない
- ③ 現在お薬をのんだり、目薬をさしたりしていますか？
ある () ない
- ④ 薬や注射で薬麻疹出たりアレルギー性の病気があると言われたことがありますか？
ある () ない
- ⑤ コンタクトレンズの装用により角膜に傷がはいって感染を起こしたり、ひどい場合には眼が見えなくなることもあります。
定期検査に来院できますか？
はい いいえ
- ⑥ コンタクトレンズ装用経験についてお答えください
装用していた 装用したことがない
- ⑦ 装用していた方は次の質問について分かりましたらお答えください
種類 : ハード ソフト 使い捨て カラーレンズ
商品名 : () 現在使用中 現在使っていない
装用頻度 : 毎日 週2~3回 週末のみ その他
装用時間 : (時間)
使用レンズの調子 : 良好 不良 ()
眼のトラブル : ある () ない
- ⑧ 作製するレンズについてお答えください
種類 : 今までと同じ ハード ソフト 1Dayタイプ 2weekタイプ
遠近両用 カラーレンズ 相談してから その他()
- ⑨ どのような時に装用しますか？
常用 仕事中 スポーツ() その他()

< >

フリガナ		性別	生年月日
名前	様	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒		
自宅	()	アドレス	
携帯	()	@	