

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 ペースカブがスティープ(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"/>