

- オルソケラトロジーガイドライン第2版（日本コンタクトレンズ学会）平成29年12月の一部抜粋
【屈折矯正量】近視度数は-4.00 D まで、乱視度数は-1.50 D 以下
【禁忌】定期検診に来院することが困難な患者

- この治療は、続けて行うことで近視を矯正し、視力を維持することを目的としたものです。
近視が完治することはありませんので、治療を中断すると1カ月程度で開始前の状態に戻ります。
定期的にレンズを装用する必要があります。
近視の程度により見え方が安定するまで1～2週間ほど要します。
- 1週間のお試し** 【試用レンズ保証金】**¥44,000（税込）**
中止の際返金が必要なため現金にてお預かりさせていただきます。
お試しに必要なレンズアシスト装着液・人工涙液は料金がかかります。
試用レンズの破損、紛失があった場合、1枚につきレンズ代金をお支払いいただきます。
保証金は治療開始となった際、初期費用のお支払いに含まれます。
治療効果が見られない場合や中止される場合は、試用レンズの点検、回収後にご返金いたします。
お試し期間は原則として1週間です。それ以上の無断でのご使用は、使用料を保証金から頂戴いたします。
- 初期費用** 【両眼】**¥176,000（税込）** 【片眼】**¥88,000（税込）**
医療費控除の対象となります。
保証金**¥44,000（税込）**をお預かりしておりますので差額**¥132,000（税込）**のお支払いとなります。
< 内訳 > ・6ヶ月間の検査料（1ヶ月目・3ヶ月目・6ヶ月目）・レンズ貸出し料（開始から3年間）
・レンズ専用ケア用品類6ヶ月分
- 6ヶ月以降の定期検査料** 【半年毎】**¥3,300（税込）**
自由診療のため健康保険が適応されませんので、患者様のご負担となります。
- レンズ更新料** 【片眼】**¥44,000（税込）**
レンズは通常のハードコンタクトレンズと同様に3年で寿命となるため、更新（新品レンズへ交換）が必要です。更新後、古いレンズは回収させていただきます。

オルソケラトロジー問診票

- ①当院でのオルソケラトロジーをどちらでお知りになりましたか？
・ホームページ ・紹介（紹介者 _____） ・その他（ _____ ）
- ②治療を受けたいと思う動機は何ですか？
・裸眼で生活したい ・近視抑制効果を期待 ・その他（ _____ ）
- ③次の症状はありますか？ ・アレルギー性結膜炎 ・ドライアイ
使用中の目薬があればお書き下さい（ _____ ）
- ④治療を受ける上で気になることはございますか？
（ _____ ）
- ⑤お子様が治療を受ける方へ。ご本人は治療に対し内容を理解し、治療に意欲的ですか？
（ _____ ）

当院より連絡させていただく場合、ご希望の方法をお選び下さい。

- 電話（通話可能な時間帯 _____） 留守電 着信があったら折り返し連絡します