

Japanese version of Ocular Surface Disease Index (J-OSDI)

ドライアイ質問紙票 (J-OSDI)

氏名： _____ ID： _____

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記の設問のあてはまる数字に○をつけてください。

この一週間で下記の症状をどのくらい感じましたか？	いつも	ほとんど	半々	ときどき	全くない
1. まぶしさ	4	3	2	1	0
2. 目がゴロゴロする	4	3	2	1	0
3. 目の痛み	4	3	2	1	0
4. 目のかすみ	4	3	2	1	0
5. 見づらさ	4	3	2	1	0

この一週間で目の症状が原因で、下記の行動はどのくらい制限されましたか？	いつも	ほとんど	半々	ときどき	全くない	該当せず
6. 読書	4	3	2	1	0	—
7. 夜間の運転	4	3	2	1	0	—
8. パソコンや銀行ATMの使用	4	3	2	1	0	—
9. テレビ鑑賞	4	3	2	1	0	—

この一週間で次の環境において、目の不快感を感じましたか？	いつも	ほとんど	半々	ときどき	全くない	該当せず
10. 風が強いとき	4	3	2	1	0	—
11. 湿度が低い(乾燥している)場所	4	3	2	1	0	—
12. エアコンの効いている場所	4	3	2	1	0	—