

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
请对为您实施眼科手术的外科医生进行满意度评分。	0-10 scale (完全不满意 > 非常满意)
请对您接受眼科手术的医院进行满意度评分。	0-10 scale (完全不满意 > 非常满意)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
在过去的一个月中，您是否觉得您的坏眼睛影响或干扰了您的整体视力？	a. 没有，从来没有
	b. 是，部分时间
	c. 是，大部分时间
	d. 是，一直
在过去的一个月中，视力对您的生活造成了多大的影响？	a. 完全没有
	b. 几乎没有
	c. 一点点
	d. 相当多
	e. 很多
	f. 数量极大
如果您通常佩戴眼镜或隐形眼镜，在睁开双眼的情况下，您如何描述您在过去一个月中的总体视力？	a. 非常好
	b. 非常好
	c. 相当好
	d. 平均
	e. 相当差
	f. 很差
	g. 骇人听闻

在过去的一个月中，您的视力妨碍您做自己想做的事情的频率是多少？	a. 从不
	b. 某些时候
	c. 大部分时间
	d. 所有时间
在过去一个月中，您是否因为视力问题而难以阅读正常印刷的书籍或报纸？	a. 没有困难
	b. 是，有一点困难
	c. 是，有些困难
	d. 是的，难度很大
	e. 由于视力原因，我不能再阅读了
	f. 由于其他原因，我无法阅读
请告诉我们问题的答案究竟是谁给出的，又是谁写下的	a. 我给出了所有答案，然后自己写下来
	b. 我给出了所有答案，别人在我发言时把它们写了下来
	c. 朋友或亲戚代我回答了一些问题

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
请评价您对眼科手术结果的满意度。	0-10 scale (完全不满意 > 非常满意)
您多长时间戴一次眼镜进行远距离活动（如开车、看电视）？	0-10 scale (始终 > 从不)
进行中距离活动（如使用电脑、烹饪）时，您戴眼镜的频率是多少？	0-10 scale (始终 > 从不)

进行近距离活动（如阅读、使用手机）时，您戴眼镜的频率是多少？	0-10 scale (始终 > 从不)
您现在的视力是否达到了与外科医生讨论并达成一致的结果？	是的 / 没有 / 不确定
您白天的视力是否受到干扰？	是的 / 没有 / 不确定
您白天的视力是否受到干扰？	0-10 scale (从不 > 经常困扰)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
请评价您对眼科手术结果的满意度。	0-10 scale (完全不满意 > 非常满意)
您白天的视力是否受到干扰？	0-10 scale (从不 > 经常困扰)
傍晚/夜间视力是否会受到干扰？	0-10 scale (从不 > 经常困扰)
在过去 12 个月中，您是否接受过角膜激光治疗（如 LASIK、PRK）？	是的 / 没有
Ali ste v zadnjih 12 mesecih imeli lasersko poseg znotraj očesa (npr. Nd:YAG, kapsulotomija)?	ja / št
在过去 12 个月中，您是否在眼内接受过激光治疗（如 Nd:YAG、囊肿切开术）？	是的 / 没有
在过去 12 个月中，您是否在眼内植入过辅助性眼内晶体（IOL）？	是的 / 没有

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
在过去 12 个月中，您是否接受过角膜激光治疗（如 LASIK、PRK）？	是的 / 没有
在过去 12 个月中，您是否在眼内接受过激光治疗（如 Nd:YAG、囊肿切开术）？	是的 / 没有
在过去 12 个月中，您是否在眼内植入过辅助性眼内晶体（IOL）？	是的 / 没有

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
在过去 12 个月中，您是否接受过角膜激光治疗（如 LASIK、PRK）？	是的 / 没有
在过去 12 个月中，您是否在眼内接受过激光治疗（如 Nd:YAG、囊肿切开术）？	是的 / 没有
在过去 12 个月中，您是否在眼内植入过辅助性眼内晶体（IOL）？	是的 / 没有