แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1,2: ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆของอาการตาแห้ง

1. ชั้นปีการศึกษา ☐ ปีที่ 1 ☐ ปีที่ 2 ☐ ปีที่ 3
   ☐ ปีที่ 4 ☐ ปีที่ 5 ☐ ปีที่ 6
2. อายุ _____ ปี
3. ท่านมีภาวะสายตาสั้นหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
4. ท่านสวมแว่นสายตาหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
5. ท่านใช้คอนแทคเลนส์หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
6. หากท่านใช้คอนแทคเลนส์ ชนิดของคอนแทคเลนส์ที่ท่านใช้
   ☐ รายวัน ☐ รายเดือน ☐ รายปี
7. ระยะเวลาในการใส่คอนแทคเลนส์ _____ ชั่วโมงต่อวัน
8. ท่านใช้น้ำตาเทียมวันละ _____ ครั้ง
9. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดเลสิกหรือไม่
   ☐ เคย ☐ ไม่เคย
10. จำนวนชั่วโมงที่ท่านใช้คอมพิวเตอร์ / แท็บเล็ต/ มือถือ _____ ชั่วโมงต่อวัน
11. จำนวนชั่วโมงที่ท่านอ่านหนังสือเล่ม _____ เล่มต่อวัน