【眼科　問診票】

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　様　　男　・　女　　　　　　歳

あてはまる項目に○をつけてください

①どちらの目ですか。（右目・左目・両目）

②どのような症状ですか。それはいつからですか。

　（めやに、充血、視力低下、痛み、かゆみ、異物感、まぶしさ、なみだがでる、ゆがんでみえる、視野がかけてみえる、まぶたが腫れた、黒いものがとんで見える、光が走ってみえる、定期検査）

いつからですか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③上記以外の症状がある方は下の空欄に記載して下さい

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

④本日の症状で、他院を受診しましたか?（はい　・　いいえ）

⑤いままでに目の病気にかかったり、目の手術をしたことはありますか？（ある　・　なし）

⑥現在治療中の病気はありますか

　糖尿病（ある・なし）　　高血圧（ある・なし）

心臓病（ある・なし）　　気管支喘息（ある・なし）

⑦現在飲んでいる薬やつけている目薬はありますか

（ある・なし）

⑧下記であてはまる項目に○をつけてください

　　アレルギー（ある・なし）→ある場合それはなんですか？

　　(薬剤、食物、花粉、ハウスダスト)

⑨目以外の手術をしたことがありますか（ある・なし）

⑩家族の人で目の病気の人はいますか（いる・いない）