

【 眼科 問診票 】

年 月 日

フリガナ

氏 名 _____ 様 男 ・ 女 _____ 歳

あてはまる項目に○をつけてください。

1. どちらの眼ですか。 { 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 }

2. 本日受診の症状は？

- ①めやに ②充血 ③視力低下 ④痛み ⑤かゆみ ⑥異物感 ⑦まぶしさ
⑧なみだがでる ⑨まぶたが腫れた ⑩視野がかけてみえる ⑪二重に見える
⑫片眼でゆがんで見える ⑬黒いものがとんで見える ⑭光が走って見える
⑮受診勧告 ⑯特に症状なし

3. いつからですか？ { _____ }

4. 本日の症状で他院を受診しましたか？ (はい ・ いいえ)

5. いままでに眼の病気にかかったり、眼の手術をしたことがありますか？
(ある ・ なし) ※ある方はいつ頃ですか？ { _____ }

6. 現在治療中の病気はありますか？ ※あるものに○をつけてください

- ①糖尿病 ②高血圧 ③心臓病 ④気管支喘息 ⑤脳血管疾患 ⑥腎臓病

7. 現在飲んでいるくすりはありますか？ (はい ・ いいえ)

つけている目薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

8. アレルギーはありますか？あてはまる項目に○をつけてください

薬剤： _____ 食物： _____ 花粉： _____ ハウスダスト

9. 眼以外で手術をしたことがありますか？

- ①頭 ②胃 ③鼻 ④喉 ⑤大腸 ⑥肺 ⑦手・足 ⑧その他(_____)

10. 血縁の方で、緑内障と言われている方はいますか？ (はい ・ いいえ)

11. その他：該当するものがあれば○をつけてください

- ①ペースメーカー ②透析用のシャント ③補聴器
④めがね ⑤コンタクト

※ ウラ面に続きます。

