

眼科問診票

年 月 日

(ふりがな)
お名前

性別： 男 ・ 女 年齢() 歳

※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい 体重() kg (小児のみ)

1, どちらの眼が悪いですか 右 ・ 左 ・ 両方

2, どのような症状ですか? 該当するものに○をつけて下さい

- 物が見えにくい
- 物が二重に見える
- 見ようとするとところが見えにくい
- 糸くずのようなものが見える
- 眼が痛い
- 眼が赤い
- 目やにが出る
- 眼がかゆい
- 眼が乾く感じがする
- 眼に異物感がある
- コンタクトを作りたい
- メガネを作りたい
- その他、上記以外の症状があればお書き下さい

()

3, その症状はいつごろから始まりましたか

月 日 頃から

4, 上記の症状でどこかで診察(治療)を受けましたか

いいえ

はい → * 病院名() * 受診日(月 日)
* 病名()

5, 今までに眼の病気をしたことがありますか

ない

ある

* (年 月 日頃) * 診断名()

6, 今までにかかったことのある病気、治療中の病気がありますか

ない

ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 結核
 高血圧 肝臓病 腎臓病 貧血
 アトピー性皮膚炎 その他 ()

7, 薬や注射でアレルギーはありますか

ない

ある → * 薬(注射)のなまえ() * 症状()

8, 食べ物でアレルギーはありますか

ない

ある → * 食べ物のなまえ() * 症状()

9, あなたの家族・親族の方に眼の病気や全身的な病気をされた方がいますか

ない

ある → * 続柄() * 診断名()

※ 女性の方のみご記入ください

* 現在妊娠中ですか はい いいえ * 現在授乳中ですか はい いいえ