

眼科問診票

ふりがな

氏名 _____

電話番号 _____

住所 _____

携帯電話 _____

以下の質問にお答えください

①いつから症状がありますか？ 月 日頃から (日・週・月前から)

②それはどちらの目ですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

③どのような症状がありますか？ (○で囲んでください)

- | | |
|-------------------|------------------|
| ・ かすむ、ぼやける | ・ まぶしい |
| ・ めやにが出る | ・ 涙がでる、目がうるむ |
| ・ 目が赤い (充血している) | ・ 目がかゆい |
| ・ 目がかたく | ・ 目が痛い、ゴロゴロする |
| ・ 目がつかれる | ・ ゴミや虫が飛んでみえる |
| ・ 視野がダブる (二重にみえる) | ・ 視野が欠ける |
| ・ 歪んで見える | ・ まぶたが腫れている |
| ・ 検診や他院で受診を勧められた | ・ メガネ、コンタクトを作りたい |
| ・ その他 () | |

④いままでに目の病気や手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

ある場合は、どのような病気でしたか？ ()

⑤現在、他の眼科で診察や治療をうけていますか？ はい ・ いいえ

病院・医院名 ()

⑥今までにかかった病気はありますか？ (○で囲んでください)

糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ その他 ()

かかりつけの病院やクリニックがあれば教えてください ()

⑦食べ物や薬のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

種類がわかれば教えてください ()