

# 眼科問診票

年 月 日

当科において診療、投薬上必要なことを伺いますので、該当する項目に○印(複数可)と、必要事項をおわかりになる範囲で、ご記入ください。

ふりがな

お名前

1. どちらの眼で、どのような症状ですか？

( 右眼      左眼      両眼 )

- a. 目やに                      b. かゆみ                      c. まぶたが腫れた                      d. 何か入った  
e. 目が赤い                      f. 涙がこぼれる                      g. ゴロゴロする                      h. 痛い  
i. 視力低下                      j. 虫や糸くずのようなものが見える  
k. メガネ処方希望      l. 学校検診                      m. 検診で指摘された (                      )  
n. オルソケラトロジー希望      o. その他 (                      )

2. いつ頃からですか？

(                      位前から)

3. その症状のために現在治療をお受けになられていますか？

(      いる      ・      いない      )

4. 現在治療中の病気に◎印を、今までにかかった事のある病気に○印をご記入下さい。

- a. 糖尿病                      b. 高血圧                      c. 喘息                      d. ヘルペス  
e. アレルギー性鼻炎      f. アトピー性皮膚炎      g. 腎臓病                      h. 心臓病  
i. 血液の病気                      j. 肝臓病  
k. その他 (                      )

5. 現在お飲みになっている薬、または使用中の目薬はございますか？

a. はい (薬剤名                      )                      b. いいえ

6. 今までに薬を飲んで、副作用またはアレルギー症状を起こしたことはありませんか？

a. ある (薬剤名                      )                      b. ない

7. 目の手術(レーザー治療・白内障手術など)を受けたことはありますか？

(      はい      ・      いいえ      )

8. 上記 7. で“はい”とお答えの方へ 何の手術ですか？ いつ手術を受けましたか？

(手術内容: \_\_\_\_\_ 手術を受けた日:                      年                      月ごろ)

9. 女性の方へ

現在妊娠、授乳はされていますか？

妊娠 ( している ( ヶ月)                      ・ していない )

授乳 ( している      ・ していない )

10. 本日はどのような手段で来院されましたか？

a. 車・バイク      b. 自転車      c. 徒歩      d. 送迎      e. その他 (                      )