

眼科問診票

ご住所 〒(-)		
ふりがな		性別 男 ・ 女
お名前		生年月日
電話番号		ご職業

1.受診理由について

- 目の症状があるため
- 症状はないが他科から眼科受診をすすめられた (科)
- 健診の結果(人間ドック・会社の検診) (指摘されたこと:)
- メガネ・コンタクト処方 (初回 ・ 使用中)

2.1で目の症状があるためと答えた方

- いつからどのような症状がありますか (年 月 日から / くらい前から)
- ・視力低下 (右・左・両) ・ゆがんで見える (右・左・両) ・視野がかける (右・左・両)
 - ・物が2つに見える (右・左・両) ・まぶしい (右・左・両) ・目の疲れ (右・左・両)
 - ・充血 (右・左・両) ・めやに (右・左・両) ・涙 (右・左・両) .
 - ・瞼の腫れ (右・左・両) ・痛み (右・左・両) ・異物感 (右・左・両)
 - ・かゆみ (右・左・両) ・かわき (右・左・両) ・瞼があかない、とじない (右・左・両)
 - ・糸くずやゴミのようなものが飛ぶ (右・左・両・不明)
 - ・ないはずの光やキラキラしたものが見える (右・左・両・不明)
 - ・その他 ()

3.目の病気やケガ、手術、レーザー治療をした事がありますか

病名	時期	病院名
右・左・両・不明	年 月 才	

4.コンタクトレンズを使用されている方

- ・本日の使用: (使用中・使用していない) ・使用頻度: (毎日・時々)
- ・種類: ハードコンタクト・ソフトコンタクト (使い捨て・頻回交換・それ以外)

5.血縁の方の目の病気について

- ・なし・あり (父・母・兄弟姉妹・子・) (病名)

6.今までにかかった目以外の病気および入院歴について○で答えてください

- 通院している医院名()
- 心筋梗塞・狭心症() 不整脈() 腎臓の病気・透析() 喘息・慢性気管支炎・肺気腫() 胃潰瘍()
 高血圧() 糖尿病()(インシュリン・内服) 甲状腺() 脳梗塞()

7.現在服用している薬および外用薬

- 処方薬: なし・あり (当院のみ・他院あり)
- (薬品名:)
- 点眼薬: なし・あり
- (薬品名:) (右・左・両) (薬品名:) (右・左・両)

8.アレルギー: なし・あり (食品名・薬品名:)

9.アルコール: (飲まない・毎日・週 回・つきあい程度)

10.たばこ: 吸わない・吸う (1日 本 年間) ・以前吸っていた (年前まで1日 本 年間)

11.女性の方のみ: 妊娠の可能性 (なし・あり) 授乳(あり・なし)

12.本日までお越しですか (はい・いいえ)

13.当院をお知りになったきっかけはありますか?○で囲んでください

- ご家族 知人の紹介 ホームページ 看板 その他()

ご協力ありがとうございました。お答え頂きました内容は全て個人情報としてお取り扱い致します。

