

眼科問診票

		記入日		年	月	日
(フリガナ)	男	生	(歳)			
氏 名	女	年	大・昭・平・令	年	月	日

●以下の質問事項にチェック☑または【 】にご記入下さい。

1. 紹介状をお持ちですか ☐なし ☐あり

※ 本日受診された症状にチェックして下さい

- | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 充血 | ☐ めやに | ☐ 痛み | ☐ かゆみ |
| ☐ まぶたの腫れ | ☐ 異物感 | ☐ 乾き | ☐ 涙がでる |
| ☐ 見えにくい | ☐ 黒いものが飛ぶ | ☐ まぶしい | ☐ ものが2重にみえる |
| ☐ 眼の位置がおかしい ☐ ゆがんでみえる | | | |
| ☐ メガネ・コンタクトレンズ相談 | | | |
| ☐ 白内障手術 (☐ 単焦点レンズ ☐ 多焦点レンズ) 希望 | | | |
| ☐ その他【 】 | | | |

2. 症状があるのはどちらの眼でいつ頃からですか

☐右眼 ☐左眼 ☐両眼 【 年 月 日頃】

3. 今までに手術（眼の手術含む）をしたことがある方は記入下さい

病名【 】⇒ いつ頃【 】

4. 本日はコンタクトレンズを装用していますか

☐いいえ ☐はい

5. 今までにかかったことのある病気や、現在治療中の病気はありますか

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ☐ 高血圧 | ☐ 糖尿病 | ☐ 心臓病 | ☐ 肝臓病 | ☐ 腎臓病 | ☐ 脳疾患 |
| ☐ 喘息 | ☐ 前立腺肥大 | ☐ 気管支喘息 | ☐ 癌【 | | |
| ☐ リウマチ | ☐ アトピー | ☐ その他(心の病含む)【 | | | |

6. 現在使用しているお薬はありますか

☐いいえ ☐はい ☐お薬手帳あり

薬剤名(目薬含む)【 】

7. 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか

☐いいえ ☐はい

薬品名【 】⇒いつ頃【 】 食品名【 】

8. (女性の方のみ) 妊娠中もしくは授乳中ですか

☐いいえ ☐はい ☐わからない

9. 本日の診察後に車・バイク・自転車の運転や仕事をされますか

☐いいえ ☐はい

熱は出ていませんか ☐なし ☐あり⇒【いつ頃： 日前】
【最高体温： 度】

発疹は出ていませんか ☐なし ☐あり⇒ ☐治療中 ☐治療していない

◇記入者 ☐本人 ☐付添(続柄：)