

眼科問診表

年 月 日

ふりがな 受診者氏名	男・女	生年月日	年	月	日
住所	TEL () -				
	携帯電話		-	-	

※○をつけるか記入して下さい。

①どうされましたか？ 右眼・左眼・両眼が

- ・痛い・かゆい・充血・目ヤニ・腫れた・何かできた・涙が出る・コロコロする
- ・視力低下・かすむ・目が疲れる・目の奥が痛む・二重に見える・頭痛・めまい
- ・虫かゴミの様なものが飛んで見える・まぶしい・何か入った
- ・眼鏡の処方希望する ・学校から用紙をもらった
- ・コンタクトレンズの処方希望する（使用経験 あり・なし）
- ・眼科健診希望
- ・その他 ()

②いつ頃からですか？ 日前より (週間前より カ月前より)

③今までに眼の病気にかかったことはありますか？ ある・ない

- ・アレルギー性結膜炎（花粉症）・角膜ヘルペス・緑内障・白内障・網膜剥離・目のケガ
- ・虹彩炎・ぶどう膜炎
- ・その他 ()

④現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？ ある・ない

- ・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病（肝炎）・腎臓病・リウマチ・喘息・アトピー性皮膚炎
- ・その他 ()

⑤ご家族で上記の病気の方がおられますか？ いる () ・いない

⑥今までに受けたことのある手術についてお尋ねします

- ・眼科 ()
- ・他の科 ()

⑦現在内服中の薬がありますか？

- ・ない
- ・ある（おわかりになれば薬の名前を記入して下さい）

()

⑧今まで薬や注射で、体に異常（アレルギー）をおこしたことがありますか？

- ・ない
- ・ある（おわかりになれば薬の名前を記入して下さい）

()

⑨以下に該当する方は○をつけて下さい

- ・自動車、バイク、自転車を運転して来た
- ・送迎あり
- ・妊娠中
- ・授乳中