

# 眼科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生  
携帯電話 \_\_\_\_\_

1) 本日の眼の症状を教えてください

① あてはまるものすべてに○をつけてください

- 眼が ( 赤い 痛い かゆい かわく はれた ゴロゴロする )
- メヤニがでる
- 涙がでる
- みえにくい (急に 徐々に)
- 物が二重に見える (片眼 両眼)
- 物がゆがんで見える
- 糸くずや黒いものがみえる
- 眼が疲れる
- 他院よりすすめられた
- 健診結果で要受診
- その他 ( )

② どちらの眼ですか? ( 右眼 左眼 両眼 )

③ その症状はいつからですか? \_\_\_\_\_ から

④ 何かきっかけや原因になるものはありましたか? ( あり なし )  
( )

2) 今までに眼の病気や手術をされたことがありますか? ( あり なし )  
いつ頃 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

3) 普段コンタクトをつけていますか? { はい いいえ }

4) 過去や現在以下の病気にかかったことがありますか?

- 高血圧 • 糖尿病 • 心臓病 • 気管支喘息 • 花粉症 • アレルギー性鼻炎
- その他 ( )

5) 今まで使った薬でアレルギーをおこしたことがありますか?

あり (薬の名前 \_\_\_\_\_) なし

眼科では症状によっては「眼底検査」を行う場合があります。  
眼底検査を行った場合4～5時間眼がかすんで見えにくくなります。  
その間は車・バイクの運転や細かい作業ができなくなります。  
このあと運転、細かい作業の予定はありますか? (あり なし)

ご協力ありがとうございました