

眼科問診票

受診日 年 月 日
お名前 _____ 様 性別: 男・女 年齢 _____ 歳
身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. ① 今日、受診された理由について一番近いのはどれですか？

- 目が赤い めやにが出る 目が痒い 目が痛い
見えにくい ゆがむ 目がコロコロする 涙があふれる
黒いものが飛んでいる・増加している。
その他(_____)

② その症状はどちらの目ですか？

- 右目 左目 両目

③ その症状はいつ頃からですか？

_____ 時間前 _____ 日くらい前 _____ 前

④ その症状はどんどん悪くなっていますか？それとも改善してきていますか？

- 悪化 改善 変わらない

⑤ その症状について、それ以外の症状があれば書いてください

(_____)

2. ① 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

- 高血圧 糖尿病 心疾患 肝疾患
腎疾患 ぜんそく アレルギー その他(_____)

③ 今までで目の病気にかかったことはありますか？

- ある ・病名がわかれば書いてください(_____)

・目の手術歴があれば記入してください。

時期: _____ 年前頃 どんな手術ですか？(_____)

- ない

3. ①. コンタクトを使用していますか？

- ソフトコンタクト ハードコンタクト していない

② コンタクトははめていますか？

- いま、装用している 普段しているが、今日は装用していない

4. ① 女性の方へ 現在妊娠の可能性がありますか？

- ある ない

② 現在授乳中ですか？

- はい いいえ