

眼科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 眼が赤い・充血する 眼が痛い（眼球） 眼が痛い（まぶた） まぶたの腫れ できもの 眼がかゆい めやにが出る 眼が疲れる 眼が乾く 涙が出る 視力低下 ゆがんで見える まぶしい 眼に異物が入った 眼がゴロゴロする 糸くずのようなものが見える 色覚異常を指摘された 緑内障検査希望 人間ドックで異常を指摘 その他（ ）

どちらの目ですか？ 右目 左目 両目

症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から

検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

- なし レーシック手術 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息 アトピー性皮膚炎 その他（ ）

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？

- なし あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う（ 本/日 × 年間）

禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））

飲酒：飲まない 飲む（週 日） 種類・量（ ）

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ なし あり（ ）

ご家族で緑内障や糖尿病の方はいますか？ いない 緑内障（続柄： ） 糖尿病（続柄： ）

コンタクトレンズを使っていますか？

- いいえ はい（1日平均（ ）時間 ハード ソフト（1day） ソフト（2week） ソフト（1month） ソフト（長期用））

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい（妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）

今日はどのような交通手段で来院されましたか？

- 徒歩 自転車 バイク 自動車 バス 電車 その他（ ）

当院をどちらでお知りになりましたか？

- インターネット 看板 知人 通りがかり その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。