

# 眼 科 問 診 票

ふりがな

お名前

1. 今回どんな症状がありますか？一番気になる症状に◎をして下さい。

- 痛い（眼の表面／眼の奥）
- 赤くなった（出血している／充血している）
- 目ヤニが出る（多い／少ない）
- かゆい
- ゴロゴロする
- 涙が出る
- まぶたが腫れた（ぶつけた／何かできている／その他）
- 眼が乾く
- 眼が疲れる（遠くを見る時／近くを見る時）
- 見えにくい（遠く／近く／その他の距離）
- 二重に見える
- 蚊や糸くずのようなものが見える（以前と変わらない／最近増えた）
- めがね（検査のみ／作りたい）
- コンタクトの検診
- 健康診断の再検査（当院ドック／他院の健康診断）
- 定期検査

\* その他気になることがあれば詳しくお書き下さい。

[ ]

2. どちらの眼ですか？

- 右眼
- 左眼
- 両眼

3. いつ頃からですか？

[ ]

4. 普段めがね又はコンタクトレンズをお使いですか？

はい／いいえ

\* 「はい」とお答えの方

- めがねの種類（遠く用／近く用／遠近両用／その他）
- コンタクトレンズ（ソフト〈ワンデー／2week／その他〉・ハード）
- 1日何時間位使用しますか？（時間）

5. 眼やまぶたの病気や怪我、手術をしたことがありますか？

はい／いいえ

\* 「はい」とお答えの方：お分かりでしたら病名もお書き下さい。

[ ]

6. お体の病気はありますか？現在治っている場合もお書き下さい。はい／いいえ

- 糖尿病・高血圧・その他（ )

7. アレルギーはありますか？（薬・食品など）

ない／ある

\* 「ある」とお答えの方

[ ]