

《眼科問診票》

年 月 日

ふりがな
氏名

年齢 歳 性別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日

体重 (13才未満の方) kg

携帯番号 ()

電話番号 ()

住所 〒

★どちらの眼ですか？ (右 左 両) ★いつ頃からですか？ ()

◎どのような症状ですか？

痛い 腫れ (表面 まぶた 眼の奥 コンタクトを使うと・使った後 時々 常に)

目ヤニが出る 乾燥する 涙が少ない

涙がよく出る (常に 時々 たまに ゴミが入った感じで出る)

ゴロゴロする 違和感がある (ゴミが入った 鉄粉・木くず等が入った 眼をこすった後から)

かゆみがある 充血がある

(花粉症 (種類) アレルギーがある 全体 一部分 プールに入った後から)

打撲 (物が当たった・入った・ぶつかった) ⇒ 詳細 ()

見づらい (遠く 近く 全体 一部分 物が欠けて見える 二重に見える 物が歪んで見える)

まぶしい かすむ 眼鏡処方希望 (あり ・ なし)

眼が疲れる (常に 近くを見ていると 遠くを見ていると パソコンを使用すると
メガネを使うと コンタクトレンズを使うと 肩や首筋も凝る)

黒いものや光が見える

(蚊の様なものが飛ぶ 糸の様なものが見える 稲妻の様な光が走る 光が輪になって見える)

◎現在治療中の病気はありますか？

糖尿病 (HbA1c %) 高血圧 (/ mmHg) その他 ()

◎女性の方にお伺いします

妊娠中である (はい ⇒ 第 週 ・ いいえ) 授乳中である (はい ・ いいえ)

※薬によるアレルギー、食物によるアレルギーはありますか？

なし あり ある場合詳しく ()

◎メガネ・コンタクトを使用していますか？ 使用していない

メガネ (遠く用 近く用 遠近 中近)

コンタクト (ハード ・ ソフト) → 1day 2weeks 1month

└→ 本日は ⇒ (コンタクト装用 ・ メガネ ・ 裸眼)

★今迄におかかりになった眼の病気、他に気になる症状、既往歴をご記入下さい

《お薬手帳・糖尿病手帳・糖尿病眼手帳をお持ちの方はお出し下さい》