

# 《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

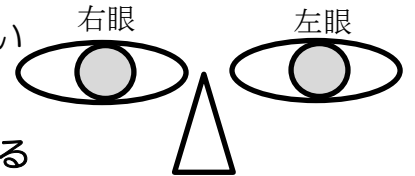
電話番号 ( )

住所 〒

★どちらの眼ですか？（右 左 両）

★いつからですか？ きっかけは？（ ）

◎どのような症状ですか？ 症状がある部分を右図に印をつけて下さい



腫れ 痛い（目の表面 まぶた 目の奥(頭までひびく)）

目ヤニが出る（白色 黄色や緑色） かゆみがある 充血がある

乾燥する 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 異物感がある（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）

健康診断で指摘 ⇒（指摘内容： ）

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）

目が疲れる（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 糸の様なもの 稲妻の様な光 光が輪になって見える）

◎現在治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

糖尿病（HbA1c %） 高血圧（ / mmHg） その他（ ）

★今までにおかかりになった眼の病気（既往歴・手術歴）、気になる症状をご記入下さい

《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》

◎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）

※下記のアレルギーはありますか？（はい ⇒ 下記に○で囲み詳細を記入・いいえ）

● 薬（薬の名前： ）

● 花粉症・食物・その他 詳細（【例】スギ ）

◎メガネ・コンタクトレンズを使用していますか？

メガネ・コンタクトレンズともに使用なし

メガネ使用（遠く用 近く用 遠近 中近）

コンタクトレンズ使用（ハード・ソフト）→ 1day 2weeks 1month

└─→ 本日はコンタクトレンズを装用していますか（はい・いいえ）