

眼科問診票

2023.01.17

ふりがな				男・女
氏名				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒			歳
電話番号			携帯番号	

本日はどうなさいましたか？

- 目が赤い・充血( ) 目がかゆい まぶたの腫れ できもの めやにが出る
- 視力低下 見えづらい ゆがんで見える 2重に見える 涙が出る 目が乾く 目が疲れる
- 目がゴロゴロする 目がチカチカする 糸くずのようなものが見える・黒っぽい点が見える
- 目が痛い(眼球・まぶた) 目の奥が痛い(ズキズキ・うずくように・光を見ると刺すように痛い)
- 目に異物が入った(いつ: どのような: 洗い流した・洗い流していない)
- 目のケガ(いつ: どこで: どのような: )
- 人間ドックで指摘された( ) 学校検診で指摘された( )
- 白内障・緑内障の検査希望 メガネ作成希望 コンタクトレンズ作成希望(未経験・経験者)

どちらの目ですか？ 右目 左目 両目

症状はいつからありますか？ 約( )日前・週間前・ヶ月前・年前  
 痛み・症状 悪化 変わらない 軽減

現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

- なし 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( )
- ※高血圧がある方は普段の血圧をご記入ください。※糖尿病の方は採血の結果をお知らせください。

現在飲んでいるお薬(市販薬・サプリメントを含む)  
なし あり( )

薬のアレルギーはありますか？ なし あり(お薬の名称: )

眼科の治療・手術歴がありますか？ (いつ: 病院機関名: 治療内容: )

メガネ・コンタクトレンズを使っていますか？←使用しているものにしてください  
いいえ はい 遠くを見るメガネ 老眼鏡 コンタクト  
 コンタクトの方→1日平均( )時間使用 ハード ソフト (1Day・2Week)  
 最後にOL装用されたのはいつですか？( )

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？

- 自動車(運転あり・運転なし) バイク バス 電車 自転車 徒歩
- その他( )