

眼科問診表

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

- ① 本日はどうなさいましたか？ * 該当するものに○をつけてください
- ・目が赤い ・充血 ・目がかゆい ・目やにがでる ・まぶたの腫れ ・できもの ・視力低下 ・見えづらい
 - ・2重に見える ・ゆがんで見える ・涙がでる ・目が乾く ・目が疲れる ・目がゴロゴロする ・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 ・目の奥が痛い(ズキズキ 光を見ると痛い)
 - ・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(検診結果: あり なし) ・学校検診で指摘された(検診結果: あり なし)
 - ・糖尿病の検査希望 ・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)
 - ・その他の症状()
- ② どちらの目ですか？ ・右目 ・左目 ・両目 (まぶたの場合⇒ ・上まぶた ・下まぶた)
- ③ 症状はいつからありますか？ ()
- ④ 今までに、目の治療・手術歴はありますか？ はい ・ いいえ
 はいの方 → (いつ頃: 治療・手術内容: 病院名:)
- ⑤ 現在、治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ
 はいの方 → 糖尿病 (HbA1c %) 高血圧症 (血圧 /) 心臓病 () 膠原病(リウマチ ベーチェット病) サルコイドーシス 潰瘍性大腸炎 喘息 アトピー 脳梗塞 肝炎
 その他の病気 () かかりつけの病院名 ()
- ⑥ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ はい ・ いいえ
 はいの方 → お薬の名称 () お薬手帳 → ある ・ ない
- ⑦ お薬のアレルギーはありますか？ いいえ ・ はい ⇒ (お薬の名称:)
- ⑧ メガネ・コンタクトレンズを使用していますか？ はい ・ いいえ
 はいの方 → ・遠くを見るメガネ ・老眼鏡 ・コンタクトレンズ (1day ・ 2Week / ソフト ・ ハード)
 最後にコンタクトレンズを装用されたのはいつですか？ ()
- ⑨ 女性の患者様へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ はい ・ いいえ
 はいの方 → (・妊娠中 ・妊娠の可能性あり ・授乳中)
- ⑩ 本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 ・自転車 ・徒歩