

眼科問診用紙

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 ^{T・S} _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 才 男・女
^{H・R}
郵便番号 _____ 自宅TEL _____
住所 _____ 携帯TEL _____

(I) 本日の眼の症状を教えてください。

1) どちらの眼ですか? ⇨ (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

2) それはいつからですか? _____

3) その症状は?(当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい。)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> コンタクトをつくりたい | <input type="checkbox"/> メガネをつくりたい |
| <input type="checkbox"/> 眼が赤い (充血する) | <input type="checkbox"/> メヤニが出る <input type="checkbox"/> 眼がかゆい |
| <input type="checkbox"/> 眼が痛い <input type="checkbox"/> ゴロゴロする | <input type="checkbox"/> 眼がかすむ <input type="checkbox"/> 涙が出る |
| <input type="checkbox"/> 眼が見えにくい (急に・徐々に) | <input type="checkbox"/> ゆがんで見える |
| <input type="checkbox"/> なにか飛んでいるように見える | <input type="checkbox"/> 検診で要検査だった |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

(II) 診察の参考にしますのでお答え下さい。

1) 妊娠 している (_____ ケ月) _____ していない 授乳中 はい いいえ

2) いままでにかかった病気

- | | | | | |
|---------------------------|----|----|---|---|
| (イ) 喘息 | ない | ある | 年 | 月 |
| (ロ) 糖尿病 | ない | ある | 年 | 月 |
| (ハ) 高血圧 | ない | ある | 年 | 月 |
| (ニ) 心臓病 | ない | ある | 年 | 月 |
| (ホ) その他の病気・手術 (あれば書いて下さい) | | | | |

(_____)

3) 現在飲んでいる薬 ない ある (_____)

4) アレルギー体質 ない ある (ハウスダスト・ダニ・スギ・ヒノキ・金属)
食べ物 (_____)
薬剤 (_____)

5) 家族で目の病気の人 いない いる (誰がどんな病気か)
(_____)

6) 現在他の眼科に通院していますか。
いない いる (_____)

7) 当院を何でお知りになりましたか。 (知人の紹介・電話帳・看板・インターネット検索)
その他: _____)