

眼科問診票

名前(

)記入日;

年

月

日

◆ 今日、どうされましたか？ (右 ・ 左 ・ 両方)

視力低下 かすむ 痛い かゆい 目やに 充血(目が赤い)

黒いものが見える(飛蚊症) 糖尿病の眼底検査 まぶたが腫れる

めがねを合わせたい 健康診断で異常と指摘された

その他()

◆ 上記の症状は、いつ頃からですか？ ()

◆ レーシック(近視・遠視矯正術)を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

◆ 今までに目の病気にかかったことはありますか？ はい ・ いいえ

白内障 緑内障 糖尿病性網膜症 結膜炎 その他()

◆ 目以外の病気はありますか？ はい ・ いいえ

糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 その他()

◆ 現在飲んでいる薬はありますか？ はい(当院 他院) ・ いいえ

内容 ()

◆ 今までに手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

いつ頃 () 病名 () 病院名 ()

いつ頃 () 病名 () 病院名 ()

◆ アレルギーはありますか？(薬・注射・食べ物(果物含む)・ゴム製品など)

はい() ・ いいえ

◆ 女性の方のみご記入ください。

現在妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

現在授乳中 はい;産後 年 ヶ月 いいえ

ピル・女性ホルモンを服用されてますか？ はい:内容() いいえ

◆ 本日の交通手段は、どれですか？

(徒歩 ・ バス ・ 自転車 ・ バイク ・ 自分で運転の車 ・ 家族・知人の送迎)