

眼科問診票

記入日： 年 月 日

氏名（ ） 男・女 職業（ ）

【1】 どちらの目に症状がありますか？

右目 左目 両目

【2】 どのような症状ですか？

- 目やにが出る 痛い 見えにくい ゴロゴロする
 赤い 涙が出る まぶたの腫れ・できもの かゆい
 黒い影、あるいはゴミのような物が見える
 ぶつけた（何に： ）
 目に入った（何が： ）
 他の病院、他科から受診を薦められた（病院名： ）
 その他（ ）

【3】 その症状はいつごろからですか？（ 年 月 日から ）
または、（ ）週間前 （ ）カ月前 （ ）年前から

【4】 今までに目の病気にかかったことはありますか？

ない ある（ ）

【5】 今までに以下の病気にかかったことはありますか？

- ない
 ある → 心臓病 喘息 肝臓病 高血圧 アトピー
 糖尿病（病気になって何年ですか： 年・現在のHbA1c %）

【6】 お薬の副作用やアレルギーはありますか？

ない ある（ ）

【7】 女性の方

妊娠中（ 週目） 授乳中 妊娠疑い

【8】 コンタクトレンズ使用の方へ

ソフト ハード 使い捨て カラーコンタクト
使用年数（ 年）

【9】 本日は何で来院されましたか？

車 徒歩 自転車 バス 電車 バイク

ご記入頂きました情報は、診療に必要な範囲のみ使用し
当該目的以外には使用いたしません。