

眼科問診票

ふりがな			
氏名	【男・女】		
生年月日	【明・大・昭・平成・令和】	年	月 日
住所	〒		
電話番号	固定電話	携帯電話	緊急連絡先

1. あなたは、今どちらの眼に症状がありますか？（右・左・両方）

2. どのような症状ですか？該当するものに○をつけて下さい。

- ① めやにが出る ② 目が赤い ③ 目がかゆい ④ 眼が痛い
⑤ 涙が出る ⑥ 目が乾く感じがする ⑦ 物が見えにくい ⑧ 近くが見えにくい
⑨ 物が二重に見える ⑩ 糸くずのような物が見える
⑪ コンタクトレンズを作りたい ⑫ 眼鏡を作りたい
⑬ その他（)

3. その症状はいつ頃から始まりましたか？

（ 年 月 日頃より）

4. 今回の症状のために他院で診察を受けましたか？

- ① 受けた （ 年 月 日）
（病院名 診断名）

② 受けていない

5. これまで眼の病気にかかったことがありますか？

- ① ある （ 年 月 ）
（診断名）

6. 過去にかかった、あるいは現在治療中であれば○をつけて下さい

- ① 高血圧 ② 糖尿病 ③ 腎臓病 ④ 心臓病 ⑤ 肝臓病 ⑥ 喘息
⑦ その他（)

7. 薬や食べ物、花粉などでアレルギー症状を起こしたことがありますか？

- ① ある（具体的に _____ ） ② ない

8. 現在妊娠されている、またはその可能性がありますか？または授乳中ですか？

- ① 妊娠している（ _____ 週） ② 可能性がある ③ 授乳中である

9. 当病院で検査させていただいたデータや撮影させていただいたお写真を、学術研究目的で学会発表や講演、論文等の執筆に使わせていただいてもよろしいでしょうか？個人が特定されることは決してありません。

- ① 了承する ② 了承しない

御了承いただける方は、下記にサインをお願いします。

10. 現在内服中や使用中のお薬（注射や点眼も含む）、サプリメントがあれば下記にお書き下さい。（お薬手帳がある方は、書かなくても大丈夫ですので、診察時にお見せ下さい。）