

眼科 問診票

お名前()

1. 本日受診されたのはどうしてですか？

眼の症状がある 健診で異常を指摘された()

他の科より勧められた ()

定期検査 白内障・糖尿病・緑内障・その他()

2. 眼の症状がある場合

視力が低下した(遠方・手元) 物がだぶって見える ゆがんで見える

黒いものが飛んで見える 視野がかける 光が見える 目が赤い 痛い

目やにが出る かゆい ごろごろする まぶたがはれた 涙が出る 乾く

その他 ()

症状があるのはどちらの眼ですか (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

いつからですか ()

3. お体の病気はありますか？

高血圧 (ある・ない) 糖尿病 (ある・ない) 高脂血症 (ある・ない)

心臓病 (ある・ない) 腎臓病(ある・ない) 脳の病気 (ある・ない)

喘息 (ある・ない) アレルギー (ある・ない)

その他 ()

4. お薬アレルギーはありますか？ ない・ある()