

# 眼科問診用紙

記入日

フリガナ		職業	生年月日	大・昭・平・令	
氏名		歳	年	月	日
〒	住所				
電話番号	( )	携帯	( )	(本人・父・母・他 )	

以前に当院の治療を受けた事がありますか？

ある ( 年 月頃) ない

病名 \_\_\_\_\_

御家族又は知人で当院に通院された事のある方はいらっしゃいますか？

いる 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( ) いない

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

(I) 1 目がどのような具合ですか？ ( 右 左 両方 )

目が痛い 目がかゆい 目が赤い 目やにが出る

涙が出る ゴロゴロする 遠くが見づらい 近くが見づらい

目がかすむ 物が二重に見える 眼鏡を希望 コンタクトレンズを希望

その他 \_\_\_\_\_

2 いつ頃から、具合が悪いですか？

\_\_\_\_\_

3 変化してきていますか？

はい \_\_\_\_\_ いいえ

4 思い当たる原因はありますか？

はい \_\_\_\_\_ いいえ

5 当院においでになる前に、他の眼科にかかったことがありますか？

ある いつ頃？ \_\_\_\_\_

ない どこに？ \_\_\_\_\_

何と言われましたか？ \_\_\_\_\_

(II) 1 今まで目の病気をされたことがありますか？

ある 病名 \_\_\_\_\_ ない

2 血縁者で、目の病気をされた方がいらっしゃいますか？

いる 氏名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ いない

3 今までに大きな病気をされましたか？

高血圧 ある ない 治療中 病院名 \_\_\_\_\_

糖尿病 ある ない 治療中 病院名 \_\_\_\_\_

狭心症 ある ない 治療中 病院名 \_\_\_\_\_

不整脈 ある ない 治療中 病院名 \_\_\_\_\_

喘息 ある ない 治療中 病院名 \_\_\_\_\_

その他 病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

4 花粉症 ある 薬 \_\_\_\_\_ ない

5 アレルギー体質 薬 \_\_\_\_\_

ある 食物 \_\_\_\_\_

ない その他 \_\_\_\_\_

6 妊娠 している( ヶ月) していない

7 授乳 している していない

8 喫煙 する しない

9 眼鏡使用 ある 種類(遠用・近用・遠近・中近・近近) ない

10 コンタクトレンズ使用 ある(ソフト・ハード) ない

(III) 車の運転はされますか？ する 頻度 \_\_\_\_\_ しない

(IV) パソコン、スマートフォン等での作業はされますか？

する (1日 時間位) しない