

眼科問診票

住所 〒 TEL 職業

フリガナ

お名前 (男・女) 生年月日 T.S.H 年 月 日生 (才)

電話番号 携帯番号

この度は眼科を受診していただきまして、ありがとうございます。
 症状を正確に把握し、診療をより円滑に行うため以下の質問にお答えください。

(または、当てはまるものに○をつけてください。)

- 1) 今回、具合が悪いのはどちらの眼ですか。 (右目 左目 両目)
- 2) メガネ・コンタクト (ソフト・ハード) 処方希望
- 3) いつ頃から症状がありましたか。 _____
- 4) どのような症状ですか。
 視力低下 蚊が飛ぶ まぶたがはれた 健康結果で要受診
 充血 疲れる さかさまつげ その他 (どのような症状ですか)
 目やにがでる 乾く ごみが入った
 涙が出る かゆい まぶしい _____
- 5) 何かきっかけや原因、誘因になるものはありましたか。 (あり なし)
 それはどのようなことでしたか。 _____
- 6) 今までに眼の病気をしたり眼科にかかったことはありますか。 (あり なし)
 いつ頃 _____ 病名 _____
 その時手術を受けましたか 手術名 _____
- 7) 眼以外の病気で、現在治療中のものはありますか。 (あり なし)
 糖尿病 (あり なし) 気管支喘息 (あり なし)
 高血圧 (あり なし) アトピー (あり なし)
 ヘルペス (あり なし) その他 (病名) (あり なし)
- 8) 現在飲んでいる薬がわかれば教えて下さい。 薬 _____
- 9) 以前に治療をした病気、入院、手術などはありますか。 (あり なし)
- 10) 薬に対するアレルギー、花粉症などアレルギー体質はありますか。
 薬のアレルギー (あり なし) ……薬の名前 ()
 花粉症 (あり なし)
 その他 (あり なし) ……何に対するアレルギーですか ()
- 11) 妊娠中の可能性はありますか。 (あり なし)
 授乳中ですか。 (はい いいえ)
- 12) 眼科では症状や病状によっては「眼底検査」を行う場合があります。
 眼底検査を行った場合、4 から 5 時間程度眼がかすんで見にくくなります。
 その間は車、バイクの運転や危険な作業、細かい作業が出来なくなります。
 このあと車を運転する予定、細かい作業や危険な作業の予定はありますか。 (あり なし)

ありがとうございました。受付に渡してお待ちください。