

問診表（眼科）

氏名.....
(男 ・ 女) (..... 歳)

① 本日の受診の理由について、当てはまる所に○をして、詳しくは()内にお書きください。

1) いつから
()

2) どこが
右目 ・ 左目 ・ 両目 ・ 目のまわり ・ その他()

3) どんな状態
痛い ・ かゆい ・ かすむ ・ 見えにくい ・ 目やにが出る ・ 涙が出る
その他 []

② 目の病気をした事がありますか？

ある ない
・いつ頃 ()
・どちらの目(右目 ・ 左目)
・病名 ()

③ 目の手術をした事がありますか？

ある ない
・いつ頃 ()
・どちらの目(右目 ・ 左目)
・手術名 ()

④ 何か眼科以外で病気がありますか？

ある ない
1) 病院名 ()
・糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息
・アレルギー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎
・その他()

2) 使用している薬がありますか？

ある ない
[]

⑤ 食べ物や薬で身体に異常が現れたり、アレルギーがありますか？

ある ない
[]

⑥ 必要あれば散瞳検査をしてもいいですか？

はい いいえ

・目薬で瞳を大きくしますので5～6時間程度まぶしさや見えにくさを感じることがあります。