

# 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。