眼科　問診表　　日付

お名前(カタカナ)　　年齢　　歳　性別　男 ・ 女

① どんな症状がありますか。

・視力低下　・かゆい　・めやに　・まぶしい
・充血　・かすむ　・乾く　・涙が出る
・痛い　・ゴロゴロする　・腫れた　・定期検診
・虫のようなものが飛んで見える
・眼鏡を作りたい … 眼鏡は(持って来ている ・ 今日は持っていない ・ ない)
・健康診断で受診を勧められた　・内科で受診を勧められた
・その他(　　)

② いつ頃からですか。(　　)

③ どちらの眼ですか。(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

④ 今までに眼科で手術・治療等を受けたことがありますか。

ない ・ ある … 白内障　緑内障　糖尿病網膜症　眼底出血
その他(　　)

⑤ 以下の病気といわれたことがありますか

・糖尿病　・高血圧　・脳卒中　・高脂血症
・心臓病　・腎臓病　・ぜん息
・その他(　　)

⑥ 薬や注射で気分が悪くなったり、湿疹が出たことがありますか。

ない ・ ある (　　)

⑦ 本日の交通手段は何ですか。

・徒歩　・自転車　・バイク　・タクシー
・バス　・自家用車(自分が運転 ・ 家族等が運転)

⑧ 当てはまることがあれば、〇をつけてください。

・耳が聞こえにくい　・言葉が不自由　・足が悪い(杖　車椅子)
・その他(　　)

2010.8.