

# 眼科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) ( \_\_\_\_\_ 才)

## 1. 受診理由について

- 目の症状があるため  症状はないが他科から眼科受診をすすめられた ( \_\_\_\_\_ 科)  
 健診の結果 (人間ドック・会社の検診) (指摘されたこと: \_\_\_\_\_)

## 2. 1で目の症状があるためと答えた方

いつからどのような症状がありますか ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から / \_\_\_\_\_ くらい前から)

- ・視力低下 (右・左・両) ・ゆがんで見える (右・左・両) ・視野がかける (右・左・両)
- ・物が2つに見える (右・左・両) ・まぶしい (右・左・両) ・目の疲れ (右・左・両)
- ・充血 (右・左・両) ・めやに (右・左・両) ・涙 (右・左・両) ・瞼の腫れ (右・左・両)
- ・痛み (右・左・両) ・異物感 (右・左・両) ・かゆみ (右・左・両)
- ・糸くずやゴミのようなものが飛ぶ (右・左・両・不明) ・瞼があかない、とじない (右・左・両)
- ・ないはずの光やキラキラしたものが見える (右・左・両・不明)
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3. 目の病気やケガ、手術、レーザー治療をした事がありますか

病名・手術名	時 期	病院名
	右・左・両・不明 年 月 才	
	右・左・両・不明 年 月 才	

## 4. コンタクトレンズを使用されている方

- ・本日の使用: 使用中・使用していない ・使用頻度: 毎日・時々
- ・種類: ハードコンタクト・ソフトコンタクト (使い捨て・頻回交換・それ以外)

## 5. 血縁の方の目の病気について

- ・なし・あり (父・母・兄弟姉妹・子・ \_\_\_\_\_ ) (病名 \_\_\_\_\_ )

※6ヶ月以内に問診票を記入されたことがあり、変わりがなければ下記の記入は不要です。

## 6. 今までにかかった目以外の病気および入院歴について

糖尿病 (なし・あり \_\_\_\_\_ 才 当院・他院 \_\_\_\_\_ ) / 高血圧 (なし・あり \_\_\_\_\_ 才 当院・他院 \_\_\_\_\_ )

病名・手術名	時 期	病院名	入院歴
	年 月 才	当院・他院	なし・あり
	年 月 才	当院・他院	なし・あり
	年 月 才	当院・他院	なし・あり
	年 月 才	当院・他院	なし・あり

## 7. 現在服用している薬および外用薬

処方薬: なし・あり (当院のみ・他院あり)

(薬品名: \_\_\_\_\_ )

点眼薬: なし・あり (薬品名: \_\_\_\_\_ ) (右・左・両)

(薬品名: \_\_\_\_\_ ) (右・左・両)

(薬品名: \_\_\_\_\_ ) (右・左・両)

8. アレルギー: なし・あり (食品名・薬品名: \_\_\_\_\_ )

9. アルコール: 飲まない・毎日・週 \_\_\_\_\_ 回・つきあい程度

たばこ: 吸わない・吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本 年間) ・以前吸っていた ( \_\_\_\_\_ 年前まで1日 \_\_\_\_\_ 本 年間)

10. 施設入所中の方 (施設名: \_\_\_\_\_ ) ・在宅医療ありの方 (往診医名: \_\_\_\_\_ )

11. 女性の方のみ: 妊娠の可能性 (なし・あり) (問診担当看護師: \_\_\_\_\_ ) H P