

# 眼科問診票

氏名

受診日

下記のご質問にお答え下さい。

## 1.本日はどのような症状でお困りですか。

- 痛み    かゆみ    充血    目ヤニ    異物感    乾燥感  
疲れ眼    かすみ    涙眼    ぼやける    視力低下    腫れている  
糸の様な物がみえる    その他の症状 ( )

## 2.いつ頃からですか。

- 今日    昨日    2~3日前    1週間前    その他 ( ) 前から

## 3.どちらの眼ですか。

- 右眼    左眼    両眼

## 4.今までに下記の病気にかかったことはありますか。

- 緑内障    白内障    網膜剥離    アトピー    糖尿病    高血圧  
心臓病    花粉症    鼻炎    喘息    腎臓病  
その他 ( )

## 5.現在、使用している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

お薬：

## 6.今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

### 薬のアレルギー

- いいえ    はい    薬剤名：    症状：

### 食べ物のアレルギー

- いいえ    はい    食べ物名：    症状：

## 7.眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

- いいえ    はい ⇒ ( 眼鏡    コンタクト    両方 )

※ 「はい」 の場合は、ご記入下さい。

- 1) 見え方について    良好    普通    見えづらい

- 2) メガネ作成年数 約 ( ) 年

- 3) コンタクト装用経験 約 ( ) 年

- 4) コンタクト装用時間    朝 ( ) 時~夜 ( ) 時    必要時のみ    スポーツ時のみ

- 5) 現在使用しているコンタクトレンズの種類

メーカー：    使い捨て (ワンデー ・ ウィーク ・ その他)

ソフトレンズ    ハードレンズ その他

- 6) 現在使用しているコンタクトレンズの度数 (右：    左：    )

- 7) 以前、使用されていたコンタクトを処方された医療機関はどちらですか。

医療機関名 ( )

## 8.本日はお車で来院ですか。

- いいえ    はい

## 9. 女性の方のみお答え下さい。

### 妊娠中ですか

- いいえ    はい    可能性あり

### 授乳中ですか

- いいえ    はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。

町屋駅前眼科