

眼科問診票

初診の方はお時間がかかります。ご理解ください。

お名前 ()

問 1. 現在飲んでいる薬があればご記入ください

()

女性のみ：ピルや女性ホルモン剤を使用していますか？

いいえ はい (薬剤名)

※お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

問 2. 歯やけがなどの治療で麻酔注射をしたことありますか？

いいえ はい わからない

その時異常はありましたか？ いいえ はい (症状)

問 3. 輸血を受けたことがありますか？

いいえ はい わからない

問 4. 喫煙・飲酒の習慣についておたずねします

(1) 喫煙 吸う () 歳から 1日 () 本

吸っていた () 歳から () 歳まで 1日 () 本

吸わない

(2) 飲酒 よく飲む ときどき飲む 以前はよく飲んだ () 年間

種類 () を量 () 杯 合 本 週 () 回

ほとんど飲まない

問 5. ご職業は？ ()

内容 座り仕事 立ち仕事 重労働 その他 ()

問 6. 女性のみ：妊娠している可能性はありますか？

いいえ はい (妊娠 週) わからない

問 7. 介護認定を受けていますか？

いいえ はい

うらに続きます

問 8. 症状はいつからですか ()

問 9. どちらの目でしょうか 右目 左目 両目

問 10. どのような症状ですか

かすむ 見えにくい 暗く感じる ゆがんで見える

二重に見える 痛い かゆい 充血した 涙がよくでる

目ヤニがでる

その他の症状 ()

問 11. 他の眼科にかかっていますか？

いいえ

はい () 眼科