

眼科問診票

氏名 _____ 年齢 _____ 才

紹介状または健診結果をお持ちの方は、受付に提出してください

◆どちらの眼ですか みぎ ひだり 両眼

◆いつからですか [_____ 頃から]

◆今回の受診理由で、一番つらい症状を囲んでください

見えづらい かすむ まぶしい ゆがんで見える 黒いものが飛んでみえる

ゴロゴロ感 かゆみ 目の奥の痛み 充血 目やに まぶたの腫れ

目が乾く 目の疲れ 二重に見える 光のスジがみえる 健診で異常指摘あり

その他 [_____]

◆これまでに眼科で、診断や治療を受けた事がありますか はい / いいえ

| 年齢 | 診断・治療 | 病院名 |
|----|----------------|-----|
| | (レーザー治療や手術を含む) | |

◆その他の病気はありますか はい / いいえ

糖尿病(_____ 歳頃から 最新のヘモグロビン A1c 値 _____ %, _____ 月頃)

脳卒中 高血圧 心臓病 副鼻腔炎 気管支喘息 腎臓病

その他の病気 [_____]

◆アレルギーや花粉症はありますか はい [_____] / いいえ

◆これまでに喫煙歴はありますか はい / いいえ

◆現在、内服中のお薬がありますか はい / いいえ

(お薬手帳の提示をお願いします。)