

# 眼科問診票

氏名; \_\_\_\_\_ 年齢; \_\_\_\_\_ 歳

1) 本日の来院手段として、ご自身で運転されましたか。

はい  いいえ

※車・バイク・自転車etc

2) 本日の来院理由をお書き下さい。

視力低下または、かすんで見える (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

飛蚊症(黒い影が飛んで見える) (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

ゆがんで見える (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

物が2つに見える (  右眼  左眼  両眼 )  
 両眼で見たとき  片眼で見たとき  
症状はいつ頃からですか( )

まぶたの腫れ (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

目の痛み (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

充血 (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

違和感がある (  右眼  左眼  両眼 )  
 乾燥する  しょぼしょぼする  異物感がある  
症状はいつ頃からですか( )

かゆみ (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

涙が出る (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

目やにが多い (  右眼  左眼  両眼 )  
症状はいつ頃からですか( )

白内障手術希望

眼鏡処方希望 ※基本、次回予約となります

コンタクト定期検査・処方希望 ※完全予約制

定期検査

眼底検査

緑内障

その他( )

その他の症状

### 3)眼科の治療歴

- 白内障手術
- 緑内障手術
- 硝子体手術
- 硝子体内注射(アイリーアやルセンティス)
- 斜視手術
- 屈折矯正手術(LASIKなど)

- レーザー治療
- 投薬治療
- その他

### 4)その他の治療歴

- 高血圧
- 糖尿病  
(  DM手帳を持っている )
- 心疾患
- 喘息
- その他

- 癌
- TS1を服用している

### 5)アレルギーの有無

- なし  あり

※ありの方は下記該当薬剤にチェックください

- |                               |                                 |                              |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ピリン系 | <input type="checkbox"/> 抗生物質   | <input type="checkbox"/> 防腐剤 |
| <input type="checkbox"/> 散瞳剤  | <input type="checkbox"/> キシロカイン | <input type="checkbox"/> 造影剤 |
| <input type="checkbox"/> その他  |                                 |                              |

### 6)コンタクトレンズの装用

- なし  あり (  本日、レンズを装用している )
- ハードレンズ
  - 2週間使い捨てソフトレンズ
  - 1dayタイプソフトコンタクトレンズ
  - その他

### 7)喫煙問診

現在タバコを吸っていますか。

- 吸わない  やめた(  年前に)
- 吸う(  年前から)

### 8)他院からの紹介状の有無

- なし  あり