

## 一般問診票（眼科）

ふりがな

氏名 男性 / 女性  
生年月日 年齢 歳  
住所 〒 電話番号

1. お困りの症状を○で囲んでください。

- 目やに
- かゆみ
- 充血
- 涙が出る
- まぶたがはれた
- 何かできた
- 目が乾く
- 目が疲れる
- 痛い
- ゴロゴロする
- 何か入った
- 見にくい（遠くのものが・近くのものが）
- かすむ
- 二重に見える
- 黒いもの（小さな虫や糸くずのようなもの）が見える
- 眼科検診希望
- その他（ ）

2. どちらの目ですか？ 右目 / 左目 / 両目

3. いつ頃からですか？ 日前から / 週間前から / ヶ月前から

4. 今までに目の病気にかかったことはありますか？

アレルギー性結膜炎（花粉症） / はやり目 / 緑内障 / 白内障 / 網膜剥離  
目のケガ / 角膜ヘルペス / その他（ ）

5. 今まで手術を受けた事がありますか？

ない / ある（眼科 他科 ）

6. 現在治療中のご病気、または、かかったことのあるご病気はありますか？

ない / 糖尿病 / 高血圧 / 喘息 / その他（ ）

7. 現在内服中のお薬はありますか？

ない / ある（ある場合はお薬手帳をお持ちですか？ はい / いいえ ）

8. 薬や注射のアレルギーはありますか？

ない / ある（ ）

9. 以下に該当する方は○をつけてください

- 自動車をご自身で運転してきた
- 妊娠中（ 週）
- 授乳中