＜眼科外来問診表＞

氏名（　　）　　**年齢**（　　）

1. どのような症状で来院されましたか？　あてはまるものにチェック☑をして下さい。

＊ 特に気になっている事を ◎ して下さい。

□ かすむ　□ 見えにくい　□ 痛い　□ かゆい　□ ゴロゴロする

□ めやに　□ 充血　□ 乾く　□ 眼が疲れる　□ 涙がよく出る

□ 何か飛んで見える　□ 光って見える　□ メガネを作りたい

□ その他　（　　）

（1） その症状は、いつ頃からですか？

（　　）

（2） どちらの眼ですか？あてはまるものにチェックをして下さい。

（　□ 右眼　□ 左眼　□ 両眼　）

（3） 上記の症状で、現在治療されてますか？あれば書いて下さい。

（　　）

2. 今までに眼科の病気になったり、治療をうけた事があれば書いて下さい。

病名（　　）病院名（　　）

3. 今まで下記の病気にかかったり、手術したり、現在治療されているものがあればチェックをして下さい。

□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 喘息　□ 肝臓病

□ 心臓病　□ 胃潰瘍　□ 不整脈　□ 前立腺肥大

□ その他　（　　）

4. 現在通院中で眼科以外の病院（ 内科 ・ 整形 ・ 耳鼻科・ 脳外科 など）がありますか？あてはまるものにチェックをし、病院名、科名、主治医名を書いて下さい。

□ ない　□ ある　病院名・科名（　　）

主治医名（　　）

＊本日くすり手帳持参　□ ない　□ あり（くすり手帳一緒に提出して下さい）

5. 薬のアレルギーはありますか？

□ 無　□ 有　薬剤名（　　）