

# ＜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/コンタクトを作りたい  
 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、治療を受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. 現在通院中の病院(眼科以外で)ありますか？あてはまるものにチェックをし、ある方は病院名、科名、主治医名を書いて下さい。

- ない    ある    $\left\{ \begin{array}{l} \text{病院名・科名（ ）} \\ \text{主治医名（ ）} \end{array} \right.$

5. 薬のアレルギーはありますか？

- 無    有   薬剤名（ ）