

# 眼科問診票

診察の参考にしますので、下記の質問にかかわるところだけ、御記入下さい。

1 相談したいことは何ですか。それは、いつからですか。

1) 相談したいこと

2) いつから

3) 誰が、どうして、気づきましたか。

4) それに関して、何か治療を受けたことがありますか。

あ る (いつ・どこで

)

な い

2 今まで、眼に関する病気をしたことがありますか。

あ る ( 才・病名

)

な い

3 眼以外の病気について、お答え下さい。

1) 眼以外の病気をしたことがありますか。

あ る (

)

な い

2) アレルギー (薬物・食物・ぜんそく・アトピー) がありますか。

あ る (

) な い

(裏面につづく)

3) 輸血・手術・麻酔を受けたことがありますか。

ある ( ) ない

4) その他、本人または御両親が、肝炎やHBウイルス感染について指摘されたことがありますか。 ある ( ) ない

4 家族の中で、何か病気をしたことがある人がいますか。

いる (誰が・どんな病気 )

いない

5 斜視 (寄り眼・ロンパリ) について受診される方は、下記の質問に○でお答え下さい。

1) いつも斜視になっていますか。

いつも ときどき (どんな時: ) わからない

2) どちらの眼がおかしいと思いますか。 右眼 左眼 わからない

3) 物が二重に見える、という訴えがありますか。

ある (いつも ときどき) ない わからない

4) 首を曲げて見るくせがありますか。

ある (どちら側へ ) ない

5) 外でまぶしがり、目を閉じることがありますか。 ある (右眼 左眼) ない

6) 家族の中で、斜視の人がいますか。 いる (誰が ) いない

6 視力に関して受診される方は、下記の質問にお答え下さい。

1) 視力が悪いと思われる眼は、どちらですか。 右眼 左眼 両眼 わからない

2) 以前に視力を測定した時は、いくつでしたか。

右眼 ( ) わからない

左眼 ( )

3) 眼鏡・コンタクトレンズをお持ちですか。

持っている (いつ・どこで作ったか: )

持っていない