

# 眼科 問診票

診療日  
令和 年 月 日

医師記入欄

氏名( ) 年齢( ) 男・女  
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

各事項に○をつけてください

- ①症状があるのはどこですか？ 右眼・左眼・両目
- ②いつ頃から症状がありますか？ ( )頃から
- ③特に困っている症状はどの症状ですか？
- 1)眼が赤い 2)めやにが出る 3)眼がごろごろする 4)涙が出る  
5)眼が痛い 6)眼がかすむ・見えにくい 7)眼が乾く  
8)物が二重に見える 9)黒い物や光が見えい 10)ゴミが入った  
11)眼をぶつけた 12)まぶしい 13)その他( )
- ④糖尿病のお薬を飲んでいますか？ はい・いいえ
- ⑤高血圧のお薬を飲んでいますか？ はい・いいえ
- ⑥今までに病気で治療をした事がありますか？ その病名は何ですか？
- ⑦アレルギーはありますか？ はい・いいえ
- はいとお答えになった方にお聞きします。何のアレルギーですか？
- ⑧今までにお薬でアレルギーが起こった事がありますか？ はい・いいえ
- はいとお答えになった方にお聞きします。どんなお薬ですか？
- ⑨今までに眼科にかかった事がありますか？
- 1)はい ⇒ 病名( )  
2)いいえ
- ⑩女性のみお答えください 妊娠していますか？ はい・いいえ  
「はい」の方→ 妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日
- ⑪今日は車・バイク・自転車を自分で運転して病院へきましたか？ はい・いいえ