

眼科外来予診票

氏 名 _____

年 齡 _____ 歳

診察の参考にしますので、次の質問にお答え下さい。適当なものに○をつけてください。

1. 悪い方の目は (右目 ・ 左目 ・ 両目)
2. 悪くなられたのは、いつからですか。
 今日() 2,3日前から() 1週間前から() 1ヶ月前から()
 徐々に() 他院・健診で受診をすすめられた()
 その他()

3.あてはまる症状に○を、特に一番困ることには◎をつけてください。

- | | |
|------------|---------------------|
| ()目やにが出る | ()虫が飛んでいるように見える |
| ()目が赤い | ()ギザギザに光ったものが見える |
| ()ゴロゴロする | ()物がゆがんで見える |
| ()かゆい | ()物が二つに見える |
| ()涙が出る | ()[突然口徐々]物が見えなくなった |
| ()目が乾く | ()[遠く・近く]が見えにくい |
| ()まぶたが腫れた | ()眼鏡をつくりたい |
| ()目が痛い | ()その他 |

※その他に○をつけた方詳しくご記入下さい

()

4.今までにかかった、あるいは、かかっている目の病気はありますか。

- ()白内障 ()緑内障 ()その他

5.今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか。

- ()高血圧 ()腎臓病 ()糖尿病
 ()肝臓病 ()狭心症・心筋梗塞
 ()不整脈 ()脳梗塞 ()ぜんそく

その他()

6.喫煙

- 吸っていない・過去に全く吸っていない() 一時期吸っていたがやめた()
 現在も吸っている()

7. 薬のアレルギーはありますか。

- ある(薬剤名 _____)
 ない

8.家族の中で目の病気をした方はいますか。

- はい(病名 _____)
 いいえ

9. 女性のみお聞きします：現在妊娠されていますか

- はい いいえ