

## 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はありますか。

( ) 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