

眼科問診票

受診日 : _____

氏名 : _____

生年月日 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____

1) 目の具合が悪くなったのは、いつ頃からですか？ 症状について詳しくご記入下さい。	
2) どちらの目ですか？ <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 両目	
3) どんな症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 目がかゆい <input type="checkbox"/> 目やにが出る <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> コロコロした感じがある <input type="checkbox"/> 異物が目に入った <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 影が見える <input type="checkbox"/> 物がゆがんで見える <input type="checkbox"/> 物がかすむ <input type="checkbox"/> 目を打った <input type="checkbox"/> 目が痛い <input type="checkbox"/> 目がチカチカする <input type="checkbox"/> 虫が飛んでいる <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 検診で指摘された <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
4) 現在服用しているお薬	<input type="checkbox"/> なし
5) 糖尿病・高血圧はありますか？ 【糖尿病】 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 【高血圧】 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
6) 現在、点眼薬は使用していますか？ <input type="checkbox"/> 使用している (薬剤名 : _____) <input type="checkbox"/> 使用していない	
7) 過去に目の手術をされたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある (手術名 : _____) <input type="checkbox"/> ない	
8) 女性の方のみご記入下さい。 ・ 現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> いいえ ・ 現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9) その他、医師に知らせておきたい事がありましたらご記入下さい。	
10) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい (国名: _____ 帰国日: _____) <input type="checkbox"/> いいえ または、上記の方との接触がありますか？ <input type="checkbox"/> はい (国名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ	

ID : _____

問診入力者 : _____