

眼科 問診票

フリガナ			性別	紹介状	
氏名			男・女	有・無 (CD-ROM 有・無)	
生年月日	年	月	日	(満)	
身長	cm	体重	kg	体温	

①本日受診されたのは、どのような理由かチェックをしてください。

☐ 目が見えづらい	右	左	☐ 目がかゆい	右	左
☐ 目がかすむ	右	左	☐ 目が疲れる	右	左
☐ まぶしい	右	左	☐ 白内障が心配	右	左
☐ 黒い物が飛んで見える	右	左	☐ 緑内障が心配	右	左
☐ 物がゆがんで見える	右	左	☐ まつげに問題がある	右	左
☐ 物が二重に見える	右	左	☐ まぶたが腫れている・痛い	右	左
☐ 目が充血している	右	左	☐ 健診で異常を指摘された	右	左
☐ 目が痛い	右	左	☐ 他院からの紹介	右	左
☐ 目やにが出る	右	左	☐ 眼鏡を作りたい		
☐ 目が乾く	右	左	※診察後、必要に応じて 後日の予約制になります。		
☐ その他 ()					

(該当があれば○をして下さい：交通事故・通勤途中や工作中的のケガ)

② ①で回答した内容についてチェックしてください。

上記の症状は、いつごろからですか？

☐ 今日	☐ 昨日	☐ 数日前	☐ 1週間前	☐ 2週間前
☐ 1ヶ月前	☐ 3ヶ月前	☐ 半年前	☐ 1年前	☐ 1年より前

③ 今回の症状について別の医療機関で診察を受けましたか？

☐ はい	☐ いいえ
医療機関名 ()	

④ 充血はありますか？

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

⑤ 目やには出ますか？

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

⑥ 今までに目の手術を受けたことはありますか？

☐ 白内障手術	☐ 角膜の手術
☐ 緑内障手術	☐ レーシック
☐ 網膜レーザー治療	☐ まぶたの手術
☐ 虹彩レーザー治療	☐ その他（ ）
☐ レーザー治療（詳細不明）	☐ 特にない
☐ 硝子体手術	

⑦ ⑥でチェックした手術はいつ頃受けましたか？

☐ 1～2週間以内	☐ 1ヶ月前	☐ 2ヶ月前	☐ 3～5ヶ月前	☐ 半年前
☐ 1年前	☐ 2年前	☐ 3～5年前	☐ 6～10年前	☐ 10年以上前

⑧ 今までに大きな目の病気をしたことはありますか？

☐ 白内障	☐ 糖尿病網膜症
☐ 緑内障	☐ 網膜色素変性
☐ 網膜剥離	☐ その他（ ）
☐ 加齢黄斑変性	☐ 特にない

⑨ 糖尿病はありますか？

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

⑩ ご家族（父・母、祖母・祖父、兄弟、子供）に次の病気をした人はいますか？

☐ 緑内障	☐ 脳梗塞
☐ 網膜色素変性	☐ 心臓病
☐ 高血圧	☐ わからない
☐ 糖尿病	☐ いない

⑪ 女性の方のみお答えください。現在、妊娠の可能性はありますか？

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

⑫ 金属や医療用具が体内に埋め込まれていますか？

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

⑬ 日常的にコンタクトレンズを使用していますか？

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

⑭ 透析を受けていますか？

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

⑮ 眼科のかかりつけ医（普段受診する医療機関）はありますか？

医療機関名		
☐ 湘南慶育病院	☐ 他医療機関（ ）	☐ なし

⑩ いつも飲んでいる薬はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

お薬手帳を持参していますか？ ※ご持参なさっている方は、薬の名称の記入は不要です。

☐ はい ☐ いいえ（薬名：_____）

⑪ 今までに薬の副作用が出たことはありますか？

☐ はい（薬名：_____） ☐ いいえ

⑫ アレルギーはありますか？

☐ 薬物 ☐ 食物（該当する食物：_____） ☐ アルコール（綿）で皮膚が発赤

☐ ヨード剤(イソジン)で皮膚が発赤 ☐ その他（花粉、ハウスダスト、動物など）

☐ 特にない（_____）

⑬ これまでに手術を受けたことがありますか？

☐ はい（部位：_____） ☐ いいえ

⑭ これまでに何か大きい病気をしたことがありますか？

☐ はい（傷病名：_____） ☐ いいえ

⑮ タバコは吸いますか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ やめた
喫煙本数一日 _____ 本 何年前から禁煙していますか _____ 年前
喫煙年数 _____ 年

⑯ アルコールは飲みますか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ やめた
どのくらいの頻度で飲みますか _____ 何年前から禁酒していますか _____ 年前
週 _____ 回
飲酒日の1日あたりの飲酒量 _____ 合

⑰ 信仰や他の理由で入院生活や治療に制限がありますか？

☐ はい ☐ いいえ
どのような制限ですか：_____

⑱ 最近(1ヶ月以内)に海外に行きましたか？

☐ はい ☐ いいえ
国名：_____