

眼科問診票

(書ける範囲でご記入ください)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____

1. どのような症状がありますか

- 視力が低下した 視野が欠ける 歪んで見える 物が二重に見える まぶしい
手術をしたい 手術について相談したい 受診を勧められた
その他(_____)

2. いつ頃からですか (_____)

3. どちらの目ですか 右眼 左眼 両眼

4. 今までに目の手術や治療をしたことがありますか

- なし あり (→ 病名; _____)

5. レーシック手術を受けたことがありますか なし あり

6. コンタクトレンズを使用していますか なし あり (ハード ・ ソフト)

7. 現在、治療中の病気はありますか

- 糖尿病 (HbA1c _____ %、インスリン使用 なし・あり) 高血圧 脂質異常症(高コレステロール)

- 心疾患 膠原病・リウマチ アトピー 喘息 前立腺肥大 認知症

- しばらく健診や内科受診をしていない (→ 最終受診 _____ 年前)

- 閉所恐怖症(狭いところが怖いなど)ありますか (なし ・ あり ・ 分からない)

- 眼を強くぶつけたことがありますか (なし ・ あり ・ 分からない)

- その他 手術や大きなご病気などありましたら記載してください

(_____)

8. 薬・食べ物・造影剤など、アレルギーはありますか

- なし あり (_____)

9. このあと車やバイクを運転する予定、細かい作業の予定はありますか なし あり

(診察のために瞳孔を開く薬を使用した場合、5-6 時間はピントがあわず、運転は危険です)

10. 施設に入所中ですか いいえ はい

11. 女性の方へ 妊娠中の可能性ありますか (なし ・ あり) 授乳中ですか (いいえ ・ はい)