

問診票

●受診日:

平成 年 月 日

お名前	ふりがな	視力矯正	<input type="checkbox"/> 裸眼
			<input type="checkbox"/> メガネ使用
年齢	歳		<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ使用
性別	男 ・ 女		

■今、どのような症状がありますか？

該当する項目に、印を付けてください。

【症状】

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 目が乾く | <input type="checkbox"/> 涙がでる | <input type="checkbox"/> 目がかすむ |
| <input type="checkbox"/> 目があけづらい | <input type="checkbox"/> 目やにがでる | <input type="checkbox"/> 目が重い |
| <input type="checkbox"/> 目がごろごろする | <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 目が疲れる |
| <input type="checkbox"/> 目が痛い | <input type="checkbox"/> まぶしい | |
| <input type="checkbox"/> 目が赤い | | |

【その他の症状】

■現在、何らかの治療を受けたり、薬を飲んでいますか？

該当する項目に、印を付けてください。

- 治療を受けていない
- 治療を受けている〔どこで?: 当院の()科で 他の病院の()科で〕
- 薬は何も飲んでいない 現在、病院で処方された薬を飲んでいる→〔お薬名: 〕

■これまでに、かかった病気や現在治療を受けている病気を教えてください。

該当する項目に、印を付けてください。

- 糖尿病 膠原病 その他(病名:)

■これまで、目に対して手術を受けたことがありますか？

該当する項目に、印を付けてください。

- ない ある→(手術の内容:)

■あなたの生活環境について教えてください

- ①パソコンやテレビを1日何時間見ますか?〔 時間〕
- ②携帯電話や携帯ゲームを1日何時間見ますか?〔 時間〕
- ③エアコンが効いている部屋にいることが多いですか? いいえ はい→〔 時間〕

備考						
----	--	--	--	--	--	--