

眼科問診票

名前

年齢

歳

身体障害者等級

なし あり（1 2 3 4 5）級

1. 今日はどうされましたか？

右眼

左眼

両眼

見えにくい めやに かゆみ 痛み 何か飛んでいる 充血
涙が出る 異物感 糖尿病 勧告書 紹介状 健診
その他（ ）

2. それはいつからですか？（例：昨日から、3日前から・・・等）

3. これまで眼科で治療されたことはありますか？ はい いいえ

・ どの眼科・病院： _____

・ 治療内容： _____ いつ頃（ ）

・ 使用中の薬： _____

「はい」の方に
お尋ねします

4. 今日車・自転車・バイクを運転してきましたか？

自分で運転してきた

乗せてきてもらった

いいえ

5. 眼鏡を持っていますか？

遠用

近用（老眼鏡）

遠近両用

いいえ

コンタクトレンズを使っていますか？

ソフト

ハード

いいえ

6. 糖尿病（薬を使って血糖値を下げている場合も含む）はありますか？

はい

いいえ

7. 糖尿病以外でかかったことのある病気はありますか？（高血圧、腎臓病・・・等）

8. 現在使用中の薬はありますか？（血液をサラサラにするお薬、ステロイド等）

9. かかりつけの病院はありますか？

10. アレルギーはありますか？（食べ物、お薬等・・・）

11. 2ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか？

いいえ

はい（国： ）