

※プリントアウトして、当てはまる項目に記入しご持参下さい。

眼病の問診表				1/2
お名前()様 ()ちゃん				
●主な症状は？				
☐ 目やに	☐ 涙目	☐ 赤い	☐ 出血	
☐ 腫れている	☐ 開かない	☐ にごっている	☐ 傷がある	
☐ 大きくなっている	☐ 斑点がある	☐ その他()		
●どこの部位が異常ですか？				
☐ 右眼	☐ 左眼	☐ 両眼(どちらから？	☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ わからない)	
●いつ発病しましたか？				
月	日	時頃		
●症状はどのように始まりましたか？				
☐ 突然に	☐ 徐々に	☐ ときどき	☐ その他()	
●眼を触ると痛がることがありますか？				
☐ いいえ	☐ はい	☐ ときどき		
●かゆみがありますか？				
☐ いいえ	☐ はい	☐ ときどき		
●眼を床等にこすったりしますか？				
☐ いいえ	☐ はい	☐ ときどき		
●視力の低下～消失(視力障害)がありますか？				
☐ いいえ	☐ はい(☐ いつも ☐ 暗いとき)	☐ わからない		
●物にぶつかることがありますか？				
☐ いいえ	☐ はい	☐ ときどき		
●階段を上ることができますか？				
☐ いいえ	☐ はい	☐ ときどき		
●眼病の経験がありますか？またどのような治療を受けましたか？				
☐ いいえ	☐ はい(☐ 注射 ☐ 点眼 ☐ 内服 ☐ わからない)			
☐ その他()				
上の質問で「はい」を選択された方⇒症状は変化しましたか？				
☐ 良好	☐ まあまあ	☐ しばらくの間は治った	☐ 変化なし	
☐ 悪化				
●いつもいる場所は？				
☐ 屋外	☐ 屋内	☐ 屋外と屋内両方(比	:	)
●食餌・薬でアレルギーを起こしたことがありますか？				
☐ いいえ	☐ はい(何で			)
●血縁関係に眼病がありましたか？				
☐ いいえ	☐ はい(☐ 両親 ☐ 兄弟 ☐ 子供)	☐ わからない		
●何か病気をしたことがありますか？				
☐ いいえ	☐ はい(病名			)

●外科手術を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい(☐去勢 ☐避妊 ☐その他())

●交通事故・大きな怪我をしたことがありますか？

☐いいえ ☐はい(具体的に)

●最近体重が変化しましたか？

☐いいえ ☐はい(☐増えた ☐減った)

●よろめいたり突然倒れたりすることがありますか？

☐いいえ ☐はい(☐よろめく ☐ふらつく ☐バタッと倒れる)

●運動すると呼吸が苦しようになりますか？

☐いいえ ☐はい

御協力ありがとうございました。より良い診療のためにこれらの情報はとても重要になります。