

お名前 _____ 年齢 _____ 才 性別：男・女

下記の項目で該当するものに○印をつけて下さい。

1. 今日眼科を受診するのは、

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 目やにが出る | <input type="checkbox"/> 物が見えなくなった |
| <input type="checkbox"/> 目が痛い | <input type="checkbox"/> 黒い影のような物が見える |
| <input type="checkbox"/> 目が赤い | <input type="checkbox"/> 細かいゴミのような物が見える |
| <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 学校検診で眼科受診が必要と言われた |
| <input type="checkbox"/> 目にできものができた | <input type="checkbox"/> 他の病院・他の科から受診を勧められた |
| <input type="checkbox"/> 目がはれた | <input type="checkbox"/> 白内障(はくないしょう)と言われた |
| <input type="checkbox"/> 涙が出る | |

その他 ()

2. どちらの目ですか？

- 右 左

3. 上記の症状はいつからですか？

() から

4. 次の病気はありますか？

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 他の眼科で手術を受けたことがある |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 現在妊娠している(疑いがある) |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | |
| <input type="checkbox"/> リウマチ | |
| <input type="checkbox"/> アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> アトピー | |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | |

5. 他に大きな病気や手術をしたことがありますか？

() なし () あり (病名 _____) (_____ 年 _____ 月頃)

6. 現在当科以外に治療を受けていますか？

() 受けていない () 受けている (_____) 科