

眼科問診票

記入日： 年 月 日

氏名（ ） 男・女 年齢（ ）歳 職業（ ）

【1】 どちらの目に症状がありますか？

右目 左目 両目

【2】 どのような症状ですか？

目やにが出る 痛い 見えにくい ゴロゴロする

赤い 涙が出る まぶたの腫れ・できもの かゆい

黒い影、あるいはゴミのような物が見える

ぶつけた（何に： ）

目に入った（何が： ）

他の病院、他科から受診を薦められた（病院名： ）

その他（ ）

【3】 その症状はいつごろからですか？（ 年 月 日から ）

または、（ ）週間前（ ）カ月前（ ）年前から

【4】 今までに目の病気にかかったことはありますか？

ない ある（ ）

【5】 今までに以下の病気にかかったことはありますか？

ない

ある → 心臓病 喘息 肝臓病 高血圧 アトピー
 糖尿病（病気になって何年ですか： 年・現在のHbA1c %）

【6】 現在、お薬を飲んでいますか？※

ない ある（薬剤名： ）

*お薬手帳をお出してください

【7】 お薬の副作用やアレルギーはありますか？

ない ある（ ）

【8】この1年間で健診を受診しましたか？※

ない ある（指摘事項 ）

【9】マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

いいえ はい

【9】 女性の方

妊娠中（ 週目） 授乳中 妊娠疑い

【10】 コンタクトレンズ使用の方へ

ソフト ハード 使い捨て カラーコンタクト

使用年数（ 年）

【11】 本日は何で来院されましたか？

車 徒歩 自転車 バス 電車 バイク

★ご記入頂きました情報は、診療に必要な範囲のみ使用し当該目的以外には使用いたしません。

※マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。

阪南市民病院 眼科

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

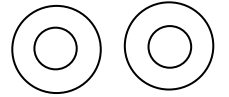
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

Hirschberg

ortho

XT

ET



cover-uncover test

ortho

XP

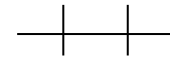
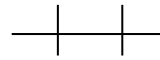
XT

EP

ET

EOM

full



R

RAPD

(-)

(+)

L

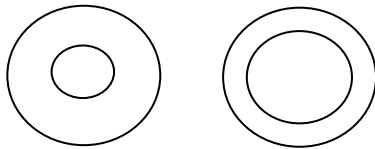
(-)

(+)

Slit

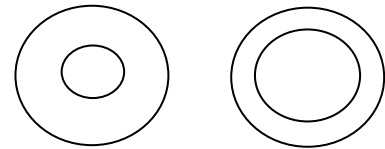
R

cornea clear, edema, opacity, Df
 AC deep, not so deep, shallow
 cell (-) (+/-) (+)
 iris round, synechia
 lens clear, cataract, IOL

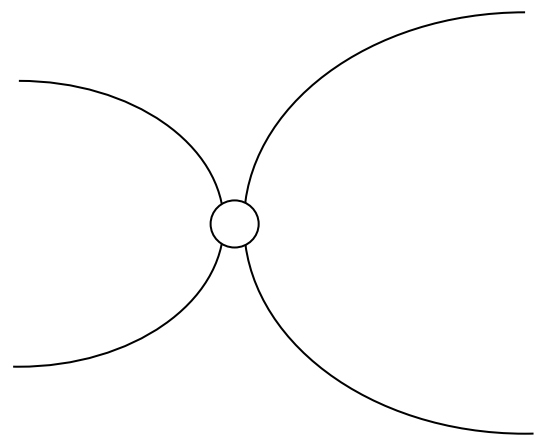
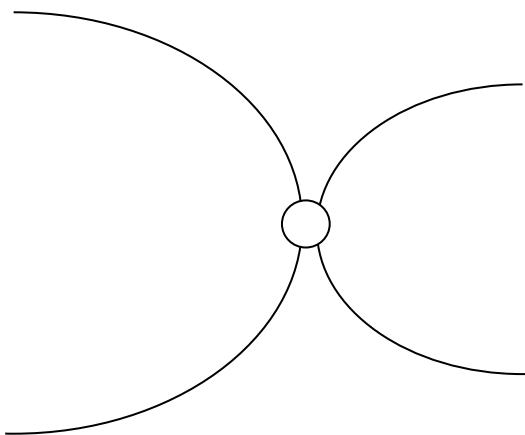


L

clear, edema, opacity, Df
 deep, not so deep, shallow
 cell (-) (+/-) (+)
 round, synechia
 clear, cataract, IOL



OF



無散瞳、散瞳

無散瞳、散瞳