眼科ドック問診票　　受診日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名		生年月日	年齢	性別
		西暦　　年　　月　　日	歳	男　　女

該当する事項にレ点をご記入ください。「その他」の場合はその内容をご記入ください。

【コンタクトレンズ装用状況】

検査当日の装用状況	□両眼装用　□右眼のみ装用　□左眼のみ装用	□装用していない
日常の装用状況	□日常的にソフトレンズ装着　□日常的にハードレンズ着用	□装用しない

【現病歴】

□眼疾患なし	□屈折異常（□治療中）	□緑内障（□治療中）
□ドライアイ（□治療中）	□白内障（□治療中）	□網膜疾患（□治療中）
□アレルギー性結膜炎（□治療中）	□その他　（　　）（□治療中）	

【眼手術歴】

□手術歴なし	□屈折矯正手術	□白内障手術
□網膜硝子体手術	□緑内障手術	□その他　（　　）

【家族歴】

□該当なし	□近視	□緑内障	□網膜疾患	□その他（　　）

【自覚症状】：直近1週間における以下の症状の有無についてお答えください。

①目が疲れやすい	□あり　□なし
②目がゴロゴロする	□あり　□なし
③物がかすんで見える	□あり　□なし
④光をまぶしく感じやすい	□あり　□なし
⑤目やにが出る	□あり　□なし
⑥目が重たい感じがする	□あり　□なし
⑦目が痛い	□あり　□なし
⑧目がかゆい	□あり　□なし
⑨目が赤くなりやすい	□あり　□なし
⑩目に不快感がある	□あり　□なし
⑪目が乾いた感じがする	□あり　□なし
⑫理由もなく涙が出る	□あり　□なし
⑬歪んで見える	□あり　□なし
⑭見えにくい部分がある	□あり　□なし
⑮ものが二重に見える	□あり　□なし
⑯黒いものが飛ぶ	□あり　□なし
⑰視力が低下した感じがする	□あり　□なし
⑱頭痛がする	□あり　□なし
⑲何もない所でつまずき易くなった	□あり　□なし
⑳左右で見え方が違う	□あり　□なし