

【主訴】

今回、症状があるのはどちらの眼ですか？

右眼

左眼

両眼

受診のきっかけとなった症状に○をつけてください。

- |                  |       |               |      |
|------------------|-------|---------------|------|
| ●痛い              | ●赤い   | ●めやに          | ●かゆみ |
| ●ゴロゴロ            | ●チクチク | ●シパシパ         | ●しぶい |
| ●乾燥感             | ●涙    | ●疲れる          | ●頭痛  |
| ●（遠く・近く）が見えにくい   |       | ●だぶって見える      |      |
| ●全体的に（ぼける・かすむ）   |       | ●まぶたの（はれ・痛み）  |      |
| ●さかさまつげ          |       | ●目の前に虫（毛）が飛ぶ  |      |
| ●学校からの依頼（視力・結膜炎） |       | ●目の位置異常       |      |
| ●視力検査希望          |       | ●（遠用・近用）メガネ希望 |      |
| ●手術希望（無・有）       |       | ●3歳児検診        |      |
| ●その他（            |       |               | ）    |

【経過】

いつから出現してどのように続いているか、また、他の眼科受診の有無や点眼薬の使用歴などわかる範囲で記入してください。

（ ）以前より

---



---



---



---

【既往歴】

眼科以外に受診されている病気がある方は記入をお願いします。

- 高血圧（無・有）（ / ），治療（無・有）
- 糖尿病（無・有） 血糖値（ ），HbA1c（ % ），治療（食事・内服・注射）
- 高脂血症（無・有） ●リウマチ（無・有）
- 喘息（無・有〔発作：無・有（ 頃）〕） ●アトピー（無・有）
- アレルギー（無・有）
- 通院中の医院は（ ）
- その他（ ）