秋葉原白内障クリニック　問診票

お名前	
全身の病気について （複数回答可）	□　特になし　□　心臓疾患　□　脳疾患　□　喘息 □　糖尿病　□　血管系疾患　□　アトピー　□　高血圧症 □　その他（　　）
眼の病気について （複数回答可）	□　特になし　□　白内障　□　角膜疾患 □　緑内障　□　網膜疾患　□　まぶたの病気 □　レーシック　□　ICL □　その他（　　）
現在使用している目薬はありますか	□　なし　□　あり（　　）
アレルギーはありますか	□　特になし　□　アルコール □　薬（　　） □　その他（　　）
目の手術をしましたか	□　あり　手術名（　　） いつ頃（　　） どこで（　　） □　なし
どのような症状ですか （複数回答可）	いつから（　　日前～／　　ヶ月前～／　　年前～） どちらの眼（　□　右眼　□　左眼　□　両眼　） □　見えにくい　□　疲れる　□　痛い　□　かゆい □　充血している　□　めやにが出る　□　ぶつけた □　腫れている　□　乾燥する　□　二重に見える □　ゆがんで見える　□　糸くず、黒い点が見える □　健診や人間ドックで受診をすすめられた （指摘内容： □　その他（　　）
上記症状で一番気になるのはどれですか	
ご家族で緑内障・糖尿病の方はいますか	□　いない □　いる　緑内障（　父親　・　母親　・　兄弟姉妹　） 糖尿病（　父親　・　母親　・　兄弟姉妹　）