



# 当日ご持参ください!

## 目のアンケート(問診票)

住所：大津市 \_\_\_\_\_  
氏名 (ふりがな)： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
生年月日： \_\_\_\_\_  
妊娠期間： \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日・出生体重 \_\_\_\_\_ g

目のことで心配なことがあれば該当するものにチェックをしてください。

- ①  目つきや目の動きがおかしい
- ②  黒目が内側による、外、上、ななめ上にずれる
- ③  ひどくまぶしがる
- ④  ものを見る時、頭を傾けたり、横目で見たりする
- ⑤  ものに近づいて見る
- ⑥  明るい屋外で片目をつぶってもものを見ることがある
- ⑦  黒目の中心が白っぽく見える
- ⑧  黒目の大きさが左右で違う
- ⑨  目がゆれている
- ⑩  まぶたがさがっている
- ⑪  親兄弟姉妹に弱視、斜視、生まれつきの目の病気の人がいる
- ⑫  現在、眼科通院中もしくは経過観察中である
- ⑬  その他 ( \_\_\_\_\_ )

これらの質問は、治療が必要な病気のサインでもあります。  
気になることは「その他」の欄に記入してください。