

眼部调查问卷（问诊表）

地址：天津市

姓名(平假名) _____

出生年月日： _____

妊娠期间： _____ 周 _____ 日 • 出生体重 _____ g

如对眼部有担心，请选择是否有以下眼部不适？

- ① ☐ 眼神或眼睛运动奇怪
- ② ☐ 黑眼球由内侧或向外、或向上、或向斜上方偏斜
- ③ ☐ 眼部有强烈光感
- ④ ☐ 看东西时，要倾斜头看或斜眼看
- ⑤ ☐ 看东西时要靠近看
- ⑥ ☐ 光线好的户外，有时看东西要闭上一只眼睛
- ⑦ ☐ 黑眼球中间泛白
- ⑧ ☐ 双眼的黑眼球大小不同
- ⑨ ☐ 眼睛看东西时有晃动感
- ⑩ ☐ 眼睑下垂
- ⑪ ☐ 亲兄妹中有人天生弱视或斜视眼部疾病
- ⑫ ☐ 目前正在眼科就诊或正在进行观察
- ⑬ ☐ 其他（ _____ ）

以上问题，有部分肯定回答是患有眼部疾病的征兆，并需要进行治疗。
若有担心的地方，请填写到「其他」这栏里