

당일 지참해 주십시오!

年 月 日 実施



눈에 관한 질문(문진표)

주소 : 大津市(오오츠시)

성명 (후리가나) : _____ (_____)

생년월일 : _____

임신기간 : _____ 주 일 • 출생시 체중 _____ g

눈에 관한 건으로 걱정 되는 부분이 있으면 해당 하는 곳에 체크를 해 주십시오.

- ① 눈초리나 눈의 움직임이 이상하다
- ② 검은 눈동자가 안쪽으로 쏠림, 밖, 위, 윗쪽으로 비스듬하다
- ③ 심하게 눈이 부셔한다
- ④ 사물을 볼때, 머리를 기울이거나, 옆눈으로 보거나 한다
- ⑤ 사물을 가까이 다가가서 본다
- ⑥ 밝은 옥외에서 한쪽 눈을 감고 사물을 볼때가 있다
- ⑦ 검은 눈동자의 중심이 하얗게 보인다
- ⑧ 검은 눈동자의 크기가 좌우 다르다
- ⑨ 눈이 흔들린다
- ⑩ 눈꺼풀이 쳐져있다
- ⑪ 부모 형제 자매 중에 약시, 사시, 태어날때 부터의 안과 질환을 가진 사람이 있다
- ⑫ 현재, 안과 통원중 또는 경과를 관찰 중이다
- ⑬ 기타 (_____)

이 질문들은, 치료가 필요한 질환의 사인 이기도 합니다.

의문 사항이 있으면 「기타」란에 기입하여 주십시오.

