

—

请当天务必携带该调查问卷！

年 月 日实施



眼部调查问卷（问诊表）

地址：大津市

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

