

眼瞼下垂症問診表

該当する部位にチェック印（し点）を入れるか、丸で囲ってください。あるいは回答を直接記入してください。

お名前: _____

はい いいえ

1. まぶたが重いですか？
2. 視野が狭いですか？
3. 頭痛はありますか？
4. 3. で‘はい’と答えた方に質問です。どのくらいの頻度で起こりますか？

①毎日②2～3日に1回③週に一回程度④月に1回程度

5. 3.で“はい”と答えた方に質問です。どのあたりが痛くなりますか？当てはまる部位全てに丸をつけてください。

①こめかみ②ひたい③後頭部から首の後ろ④頭全体⑤目の奥

6. 肩こりはありますか？
7. 6. で“はい”と答えた方に質問です。どのくらいの頻度で起こりますか？

①慢性的②2～3日に1回③週に一回程度④月に1回程度

8. 便秘はありますか？
9. 気分が落ち込むことはありますか？
10. 9. ではいと答えた方に質問です。気分が落ち込むことによって病院にかかったり、薬を飲んだりしたことはありますか？
11. 最近集中力がなくなりましたか？
12. 寝つきが悪いですか？
13. 寝ている途中でよく目が覚めますか？
14. 寝つきを良くする薬を飲んでますか？
15. あごが痛む、疲れることはありますか？

眼瞼下垂症問診表

はい いいえ

16. 腰痛はありますか？
17. アトピーはありますか？
18. 花粉症はありますか？
19. 18. で“はい”と答えた方に質問です。目が痒くなりますか？
20. コンタクトレンズを使用していますか。もしくは過去に使用していましたか？
21. 20.ではいと答えた方に質問です。どの種類のコンタクトを何年くらい使用しましたか。
「ハード・ 年間」 「ソフト・ 年間」
22. よく目が乾きますか？
23. まぶしく感じることはありますか？
24. 目がしょぼしょぼしますか？
25. 今までにかかった病気に関して教えてください。

心臓病、高血圧、糖尿病、喘息、けいれん発作、アレルギー（麻酔、食物、薬剤など）、
その他

26. これまでに形成外科・美容外科の手術を受けたことがありますか？
27. 現在内服中の薬はありますか？あれば記入をお願いします。

()