

姓名: _____

日期: _____

今天來訪的原因: _____

請圈出答案	
您戴不戴： 眼鏡 軟式隱形眼鏡 硬式隱形眼鏡	不戴
您有沒有過： 飛蚊症 閃光感 做過眼科手術 受過眼外傷 斜視 視疲勞	沒有
您需要經常長時間使用電腦嗎? (每日8小時以上) 是 否	
您有沒有過： 弱視 白內障 青光眼 其他眼科疾病: _____	沒有
您有眼科疾病家族史嗎? 青光眼，請列出: _____ 或其他，請列出: _____	沒有

請圈出答案	
過敏症： 季節性過敏 灰塵 真菌 動物 潮濕 食物 對藥物過敏 (請列出): _____	沒有
心血管系統疾病： 高血壓 心臟病 中風 其他 (請列出): _____	沒有
您是否有過下列疾病： 突然失明 暈車 抽筋 頭暈 煩躁 噁心 嘔吐 其他 (請列出): _____	沒有
內分泌系統疾病： 糖尿病 甲狀腺機能亢進/減退 腎臟功能疾病 其他 (請列出): _____	沒有
胃腸道系統疾病： 胃灼熱 腹瀉 肝炎 其他 (請列出): _____	沒有
泌尿系統疾病： 尿痛 前列腺炎 膀胱炎 卵巢疾病 其他 (請列出): _____	沒有
耳鼻喉疾病： 聽力喪失 喉嚨痛 鼻竇炎 其他 (請列出): _____	沒有
血液： 貧血症 血液病 淋巴系統疾病 其他 (請列出): _____	沒有
免疫系統疾病： 免疫缺陷 結核病 其他 (請列出): _____	沒有

皮膚系統疾病： 粉刺 濕疹 過度乾燥 皮炎 其他 (請列出): _____	沒有
肌肉骨骼系統疾病： 肌肉酸痛 關節痛 關節腫大 關節炎 其他 (請列出): _____	沒有
神經系統疾病： 腦損傷 癲癇症 脊髓傷害 其他 (請列出): _____	沒有
精神心理疾病： 消沉 焦慮 失眠 老年痴呆 多動症 其他 (請列出): _____	沒有
呼吸系統疾病： 哮喘 氣短 支氣管炎 肺氣腫 其他 (請列出): _____	沒有
其他健康問題： 癌症 懷孕 其他 (請列出): _____	沒有
您接受過手術治療嗎? 是 否 請列出: _____	
您有糖尿病家族史嗎? 是 否 請列出: _____	
您有高血壓家族史嗎? 是 否 請列出: _____	
您有心臟病家族史嗎? 是 否 請列出: _____	
您抽煙嗎? 是 否	
如果您在 18 歲以下，定期接受免疫注射嗎? 是 否	

請列出正在用的處方眼藥和非處方眼藥：

請列出正在用的處方藥物和非處方藥物：

