

ご記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (必ずご記入ください)

目の症状と日常生活についての質問票

この質問票は、あなたがどの程度さまざまな目の症状を感じておられるか、あるいは日常生活でどのような問題を感じておられるかについてお聞かせいただき、診療の参考にさせていただくものです。質問に対しては難しく考えることなく、あなたの印象でお答えください。

◇ 以下のそれぞれの質問について、A欄の0~4のいずれかひとつに○をつけてください。

▶ A欄の回答が0（なかった）の場合 → 次の質問へお進みください。

▶ A欄の回答が1~4の場合 → B欄の1~4のいずれかひとつに○をつけてください。

すべての質問にモレなくご回答をお願いいたします。

◆ この1週間で、

次のような症状がありましたか？

	A欄					→	B欄			
	なかった	たまにあった	時々あった	よくあった	いつもあった		ならなかった	あまり気になかった	やや気になった	気になった
1) 目がゴロゴロする（異物感）	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
2) 目が乾く	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
3) 目が痛い	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
4) 目が疲れる	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
5) まぶたが重たい	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
6) 目が赤くなる	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4

次の質問へ ➤

- ▶ A欄の回答が0（なかった）の場合 → 次の質問へお進みください。
- ▶ A欄の回答が1～4の場合 → B欄の1～4のいずれかひとつに○をつけてください。

◆ この1週間で、

次のようなことがありましたか？

	A欄						B欄			
	なかった	たまにあった	時々あった	よくあった	いつもあった		あまり困らなかった	やや困った	困った	非常に困った
7) 目を開けているのがつらい	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
8) 目を使っていると物がかすんで見える	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
9) 光をまぶしく感じる	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
10) 新聞、雑誌、本などを読んでいる時、目の症状が悪くなる	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
11) テレビを見ている時、パソコン・ケータイを使っている時に目の症状が悪くなる	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
12) 目の症状のため 集中力が低下する	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
13) 目の症状のため 仕事・家事・勉強に差し障りがある	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
14) 目の症状のため 外出を控えがち	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4
15) 目の症状のため 気分が晴れない	0	1	2	3	4	→	1	2	3	4

◇ 最後に、この1週間のあなたの目の症状やそれに伴う日常生活の困りごとを含めた全般的な状態をお聞かせください。

以下のうち、あなたの状態に最もあてはまると思う番号に○をつけてください。

- | | | | | | |
|-------|-------|----|---------|------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 最高に良い | とても良い | 良い | あまり良くない | 良くない | ぜんぜん良くない |

ご協力ありがとうございました。