

ドライアイに関する問診表（例）

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい | <input type="checkbox"/> 目が痛い |
| <input type="checkbox"/> めやにが出る | <input type="checkbox"/> 涙が出る |
| <input type="checkbox"/> 目がゴロゴロする | <input type="checkbox"/> ものがかすんで見える |
| <input type="checkbox"/> 目が重たい感じがする | <input type="checkbox"/> 目がかゆい |
| <input type="checkbox"/> 目が乾いた感じがする | <input type="checkbox"/> 光を見るとまぶしい |
| <input type="checkbox"/> 目に不快感がある | <input type="checkbox"/> 目が充血する |

上記の項目に5つ以上当てはまる方で、さらに

- ・10秒以上、目を開けたままでいられない
- ・まばたきの回数が多い

という症状があればドライアイの可能性がります。