

## 問診票 (小児用)

ふりがな		性別	男 女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (才)
お名前					
ご住所	〒				
TEL			携帯電話		

受診されるお子様に散瞳検査が必要な場合、学業・習い事などの関係でご都合が悪い方は事前に申し出てください

必要なら  散瞳可能  悪い方の目だけなら可能  本日は都合が悪い

本日受診されるお子様の症状、来院目的をお知らせください	<input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 目を細める <input type="checkbox"/> テレビに近づいて見る <input type="checkbox"/> 本やマンガ、ゲームを近づけて読んだり見たりする <input type="checkbox"/> 頭を同じ方向に傾げる <input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> 目の位置がずれて見える <input type="checkbox"/> 片目つぶり <input type="checkbox"/> 片目を隠すと嫌がる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 学校検診で眼科受診を指示された <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 目やにが出る <input type="checkbox"/> メガネ処方希望 <input type="checkbox"/> その他の症状( )
いつ頃からですか	( 日 ヶ月 年 ) 前から
今までに目や身体の病気(発達障害など)にかかれたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どのような病気ですか( ) いつ頃ですか( )
出生体重は	<input type="checkbox"/> 2500g以上 <input type="checkbox"/> 2500g未満
薬や食べ物などのアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他( )
今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どのような薬ですか( ) どのような症状でしたか( )
現在飲んでいるお薬やお使いの目薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どのような薬ですか( )
医師に知らせておきたいことや、治療に関するご希望があればご記入ください	
当院に来院して頂くにあたり何を見られましたか ※複数でも結構です	<input type="checkbox"/> 家族、知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 折込 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> コンタレンズ店からの紹介 <input type="checkbox"/> 老人ホームなど施設 <input type="checkbox"/> 地域紙
当院のホームページを見たことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スマホ <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> その他( )

ありがとうございました。ご希望、ご質問など、何でもご遠慮なくお尋ねください。また、記入して頂いた内容を、治療以外の目的で使用することはございません。