

小児問診票

なまえ (ひらがな) \_\_\_\_\_ 年齢 才 \_\_\_\_\_ カ月 (学年 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯 (保護者) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

出生時異常 無 ・ 有 ( 有の場合記入して下さい 分娩時週数 \_\_\_\_\_ 週 ・ 体重 \_\_\_\_\_ g )

◆ 今日はどうされましたか？

- ◎ ( 右 ・ 左 ・ 両 ) 眼が いつから ( \_\_\_\_\_ )  
充血 ・ 腫れ ・ こする ・ めやに ・ 流涙 ・ かゆみ ・ コロコロ ・ 痛み  
逆まつ毛 ・ まぶしがる ・ 目を細める ・ まばたきが多い ・ ものを近くで見る
- ◎ 視力が気になる
- ◎ 目の位置が気になる ( 右 ・ 左 ・ 両 ) 眼が ( 時々 ・ ずっと )  
( 外側 ・ 内側 ・ 上 ・ 下 ) にずれることがある
- ◎ 眼鏡を作りたい ( 今も使用中 ・ 初めて )
- ◎ 検診で指摘された ( 視力 \_\_\_\_\_ ・ 眼位異常 ・ その他 \_\_\_\_\_ )
- ◎ その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆ 今現在該当するものがありますか？ (はい・いいえ)

風邪 ・ 発熱 ・ 喉が痛い ・ 鼻水 ・ 家族や学校など周囲で結膜炎が流行している

◆ 現在他の科で使用中の薬はありますか？ (はい・いいえ)

( \_\_\_\_\_ ) 科 病名 ( \_\_\_\_\_ )  
薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

◆ 今までに目の病気にかかったことはありますか？ (はい・いいえ)

病名 ( \_\_\_\_\_ )

◆ お体で大きな病気にかかったことはありますか？ ( はい ・ いいえ )

病名 ( \_\_\_\_\_ )

◆ 発達の遅れや多動を指摘されたことはありますか？ (はい・いいえ)

( \_\_\_\_\_ ) ( 検査の時に配慮します )

◆ お薬 ・ 食べ物などで副作用やアレルギー症状が出たことはありますか？

( はい ・ いいえ )

症状は？ ( \_\_\_\_\_ )

何に？ ( \_\_\_\_\_ )