

問 診 票 (小児) 記入日 年 月 日

フリガナ				愛称				性別 (男・女)			
氏名											
生年月日	年	月	日	年齢	才	力	月				
身長				cm	体重				kg		
住所							電話番号				

1. 今日はどうなさいましたか。あてはまるものにチェックを入れてください。
 下記に示す症状が _____ (日・週間・か月・年)前からある
 どちらの目でしょうか? (右目 ・ 左目 ・ 両目)
 目が痛い 目が腫れた できもの 目がかゆい 目が赤い 目やにが出る
 涙が出る 両目の視線が合わない 外見上気になることがある まぶしがる
 目を細めたり、首を傾げたりしてものを見ることがある 色の使い方がおかしい
 学校検診で異常を指摘された
 その他 具体的にお書きください (_____)
2. 今までに (現在も含む) かかったことがある病気や手術が (ある・ない)。
 「ある」とお答えの方 病名 (_____)
3. 現在内服中の薬が (ある・ない)。
 「ある」とお答えの方 薬の名前 (_____)
4. 今までにくすりや注射で具合が悪くなったことが (ある・ない)。
 「ある」とお答えの方 薬剤名 (_____)
5. 発育について今まで何か医師に何か言われたことが (ある・ない)。
 「ある」とお答えの方 (_____)
6. ほかに気になっていることが (ある・ない)。
 「ある」とお答えの方 (_____)
7. 血縁関係のある方で、目のご病気の方が (いる・いない)。
 「いる」とお答えの方 (_____)
8. 本日一緒に病院に来ているのは (患者様から見て)、
 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父母 ・ おじ・おば ・ その他

※ 初めて来院された方へ 当院をどのようにしてお知りになりましたか?
 ホームページを見て 知人からのご紹介 近所だから 看板を見て 通りがかり
 その他 (_____)

ご協力ありがとうございました