

問診票（小児用）

書ける範囲でご記入下さい

ふりがな		生 年 月 日	年 齢	性 別
名 前		平成 令和 年 月 日	歳	男・女
住 所	(〒 -)			
電話番号	() -	() -		

1. 今日はどうされましたか？

いつから () (右眼 左眼 両眼) が
 ・見えにくい ・眼が赤い ・目がかゆい ・目が痛い ・目ヤニがでる
 ・眼をぶつけた ・目が腫れた ・逆さ睫毛 ・眼の向きが気になる
 ・視線が合わない ・まぶしがる ・瞬きが多い ・首をかしげて物をみる
 ・黒目の大きさが違う ・瞳の真ん中が白い ・検診で受診するように言われた
 その他 ()

*眼鏡処方 コンタクトレンズ処方 → ご予約制となっております

2. 今回のことで他院で診察を受けられましたか？

いいえ ・ はい (いつ頃: 病名:)

3. 現在服用中の目薬やお薬はありますか？ (お薬手帳があれば診察室でお出してください)

いいえ ・ はい (薬名:)

4. お薬や注射にアレルギーがありますか？

いいえ ・ はい ()

5. 今までに長期通院するような病気にかかったことがありますか？

いいえ ・ はい (いつ頃: 病名:)

6. 成長発達について今まで何か言われたことや、気になることがありますか？

いいえ ・ はい ()

7. 出生時について (正常分娩 ・ 異常分娩) 出生時体重 (約 g)

8. メガネまたはコンタクトを使用していますか？

いいえ ・ はい (メガネ ・ 使い捨てCL (1日 2週間 1ヶ月) HCL)

※出来そうであれば、検査中はお子さんのみお預かりします。

検査員に事前に伝えておきたいことがあれば、何でもご記入ください。