✿小児問診票✿

ふりがな		年齢	歳　ヶ月	体重	Kg
氏名		生年 月日	平・令 年　月　日	性別	男・女
住所	〒　　－				
電話番号	－　　－	携帯番号	－　　－　（続柄：　　）		

① 本日の症状に○を付けて下さい。

右眼・左眼・両眼　　いつ頃から（　　）

・痛い	・赤い	・見えづらい	・かすむ
・かゆい	・腫れ	・眼鏡を作りたい	・ゆがむ
・目やに	・異物感	・黒い点（物）が見える	・二重にみえる
・涙目	・乾く	・まぶしい	

・その他（　　）

② 今までに眼の病気にかかったことはありますか？　（ はい ・ いいえ ）
はいとお答えの方　病名（　　）

③ 現在かかっている病気はありますか？　（ はい ・ いいえ ）
はいとお答えの方　□喘息　□風邪　□鼻炎　□アレルギー性皮膚炎
□その他　（　　）

④ 服用しているお薬はありますか？　（ はい ・ いいえ ）
はいとお答えの方　薬剤名(　　)
※お薬手帳をご提示ください。

⑤ 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？　（ はい ・いいえ ）
はいとお答えの方　薬剤名（　　）

⑥ アレルギー体質がありますか？　（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

⑦ 未就学児の方へ出生時のこと　分娩（ 正常分娩 ・ 異常分娩 ）
在胎週数（　　週）出生時体重（　　g）

⑧ 血縁関係のある方で、眼の病気の方はいますか？（ はい ・ いいえ ）
はいとお答えの方　続柄（　　）　病名（　　）

⑨ 発達段階で今まで気になっていることや、医師になにか言われたことはありますか？
（ はい ・ いいえ ）　はいとお答えの方→（　　）

⑩ 本日一緒に来ているのはどなたですか？（お子様からみて）
父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他（　　）

ご記入ありがとうございました。記入後は受付までお願いします。　えにわ眼科

◆正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。