≪ 小児問診票 ≫

ふりがな		**年齢**	歳　ヶ月	**体重**	Kg
氏名		**生年月日**	（西暦・平成・令和） 年　月　日	**性別**	男・女
住所	〒　－				
携帯番号	－　－	（続柄：　）			

① 医師の指定 → **指定なし・加藤・八鍬・蒲池・高橋・吉本・石﨑・松本・宋**

※ご希望に添えない場合があります。

② 本日はいかがなさいましたか。

〔　　〕

右眼・左眼・両眼　いつ頃からですか（　　）

③ 今までに眼の病気にかかったことがありますか。（ ある・ない ）

あるとお答えの方　病名（　　）

④ 現在かかっている病気はありますか。（ ある・ない ）

あるとお答えの方　□アレルギー性鼻炎　□アトピー性皮膚炎　□喘息　□風邪

□その他（　　）

⑤ 現在処方されているお薬・目薬はありますか。（ ある・ない ）

あるとお答えの方　薬剤名（　　）

⑥ 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。（ ある・ない ）

あるとお答えの方　薬剤名（　　）

⑦ アレルギー体質がありますか。（ ある・ない ）

あるとお答えの方　〔花粉 ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ 金属
食物（　　）
その他（　　）〕

⑧ 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）

⑨ ご家族のこと　血縁関係のある方で、目のご病気の方はいらっしゃいますか。

（ いない ・ いる＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

⑩ 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。

（ ある・ない ）

あるとお答えの方＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑪ 現在一緒にお住いの家族構成を教えてください（お子様からみて）

父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他（　　）

⑫ 本日病院に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（　　）

⑬ 当院をどのようにお知りになられましたか。あてはまるものに☑をつけてください。

□近所　□ホームページ　□家族が通院(している・していた)（　　様）

□知り合いの紹介（　　様）　□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いたします。　**札幌かとう眼科**