小児問診票

記入日　　年 /　　月 /　　日

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

① 本日はいかがなさいましたか。　右眼・左眼・両眼　　いつ頃から（　　）
眼の主な症状に◎を、その他に気になるものがあれば☑をつけてください。
□痛い　□かゆい　□赤い　□乾く　□目やに　□見えづらい　□ごろごろする
□腫れている　□涙が出る　□眼鏡が見えづらい　□ぶつけた　□二重に見える
□その他（　　）

② 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（　　）

③ 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（　　）

④ 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（　　）

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。（　ある・ない　）
あるとお答えの方　　薬剤名（　　）

⑥ 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　・　その他（　　）
食物（　　）

⑦ 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 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）

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。
（　ある・ない　）
あるとお答えの方＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑩ 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（　　）

⑪ 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（　　）

⑫ 担当医のご希望はございますか？　（　大谷　・　水島　・　高橋　・　希望なし　）

⑬ 当院をどのようにお知りになられましたか
□近所　□職場が近い　□TV　□雑誌　□駅構内の広告　□その他（　　）
□ご家族や知り合いが通院(している・していた)(　　様)

ご記入が終わりましたら受付までお願いいたします。　　新札幌おおたに眼科