

小児問診票

年 月 日

ふりがな		生 年 月 日
お名前	(愛称) (男・女)	平成・令和 年 月 日
	身長 cm 体重 kg	歳 カ月
ご住所	〒 ・ご自宅電話番号() — ・ご家族の携帯電話番号() — 父 母 祖父母 その他() 当院からの案内が不要の方はチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 不要	

今日はどなたと来院されましたか？ 父 母 祖父 祖母 その他()

①いつから、どのような症状ですか？ 右眼 左眼 両眼

今回の症状で他の病院を受診されましたか？ ・いいえ

・はい 病院名 いつ頃
病名 経過

②今までにかかった病気はありますか？ ・ない

・ある 歳 カ月の時 病名 治療中 完治

③薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ・ない

・ある

④成長・発達について、医師や健診で指摘されたことはありますか？ ・ない

・ある

また、気になっていることはありますか？



大川眼科
OKAWA EYE CLINIC

※ 裏面につづきます

お体に不自由なところは、ありますか？ ・ない

・ある 眼・耳・足（車イス・杖）・手・言葉・その他

⑤出生時について 分娩（正常分娩・異常分娩）・在胎週数 週

・出生時体重 g ・身長 cm ・出生時の年齢 父 歳 母 歳

⑥ご家族について

血縁関係にある方で、眼に病気のある方はいらっしゃいますか？ ・ない

・ある

ご家族構成を○でかこんでください

父 母 兄 弟 姉 妹 祖父 祖母 その他

⑦該当する項目を○でかこんでください

- ・右目と左目で、黒目の大きさや、色が異なる
- ・ひとみの中央が白く見えることがある
- ・まぶたの大きさが気になる
- ・両目の視線が合わない（目が外に向いたり、内側に寄ったりする）
- ・目を細めたり、顔をしかめたり、首を傾けたりして物を見る
- ・よく物にぶつかったり、階段を怖がったりする
- ・片目と隠すといやがる ・目が揺れる
- ・絵を描くときに、色の使い方がおかしい
- ・皮膚病、ひきつけ、麻痺（まひ）がある
- ・頭、顔のケガをしたことがある ・入院したことがある
- ・薬を長期に服用している
- ・涙っぽく、目やにが多く、白目が充血（赤い）、まぶしがる

⑧当院をどのようにお知りになりましたか？ お差し支えなければご紹介者さまのお名前をご記入ください

- ・以前来たことがある ・インターネット ・道路脇看板 ・電話帳 ・医院の前を通過
- ・他院の紹介・家族の紹介・友人、知人の紹介（ 様よりご紹介）
- ・その他（ ） ・院前ポストの案内を見て

⑨お薬手帳の発行を 希望する ・ 希望しない

※お薬手帳をお持ちの患者さまは受付にお出してください。

※その他に、相談されたい事がありましたら、ご記入ください