

# 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	〒 ※マンション名・部屋番号までご記入ください	
	・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 □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  
具体的に内容を教えてください。

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

※ 裏面もご記入ください

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 在胎週数 週

・出生時身長 cm 体重 g 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 病名（ ）

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？ 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

- ・ホームページ ・道路脇看板 ・医院の前を通過して ・他院の紹介 ・家族の紹介
- ・友人、知人の紹介（ ）様よりご紹介） ・LINE・Instagram を見て
- ・検索サイト（ ） ・その他（ ）

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ください。

⑩マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ ・はい ・いいえ

※その他に、相談されたい事がございましたら、ご記入ください