

つちや眼科 小児 診察申し込み・問診表

年 月 日

ふりがな

名前 _____ 男・女 平成・令和 年 月 日(才 カ月)

〒 -

住所 _____ 本日の体温 _____ °C

携帯 () - 緊急連絡先御氏名 _____ 続柄 _____

電話 () - 愛称 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今日はどうされましたか？ 右目 左目 両目

☐見にくい ☐まぶしがる ☐屋外で片目をつぶる ☐二重に見える

☐両目の視線が合わない(内側による・外側にずれる・上下にずれる)

☐充血 ☐メヤニ ☐腫れた ☐目が痛い(ごろごろする・奥が痛む・まぶた)

☐かゆい ☐首や頭を傾げる ☐絵を描くときの色使いが気になる

☐学校用紙 ☐その他 ()

2. 上記症状はいつからですか？ 月 日頃から

3. 今回の症状で、他の医療機関を受診や、薬を処方されましたか？ ☐ない

☐ある 医療機関名 _____ 薬の名前 _____

4. 現在治療中、もしくは過去の治療歴はありますか？ ☐特になし

☐ある→☐喘息 ☐アトピー性皮膚炎 ☐花粉症

☐その他 ()

5. 現在、お薬を飲んでいますか？ ☐特になし

☐ある→薬品名 () お薬手帳をお持ちの方はお出してください

6. 薬や食べ物で、アレルギーはありますか？ ☐特になし

☐ある→ ()

7. 家族、親戚の中で、目の病気の方、視力の悪い方はいますか？ ☐特になし

☐ある 続柄 _____ 病名 _____

8. 出生歴について教えてください

在胎週数 _____ 週 体重 _____ g 身長 _____ cm

分娩時の状態 ☐正常 ☐鉗子 ☐吸引 ☐帝切 ☐仮死

保育器の使用 ☐なし ☐あり _____ 日間

9. 家族構成を教えてください _____

※検査、診察時に、再度詳細を伺うことがあります。ご記入ありがとうございました。