

小児問診票

ご記入日：20 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	平・令	年 月 日	
名前			年齢	歳 ヶ月		
愛称				保育園・幼稚園・小学・中学(年生)		
住所	〒					
電話番号	自宅 () -		連絡先(保護者) - -			

★ 2週間以内にご本人、ご家族に下記の症状等ありましたか？ なし・あり (該当する項目に○をつけてください)

風邪症状・37.5度以上の発熱・咳・強いだるさ・息苦しさ・味覚障害・嗅覚障害
新型コロナウイルス陽性者や疑いのある者との濃厚接触・海外渡航

1. 具合が悪いのはどちらの眼ですか？ 右眼・左眼・両眼

2. 本日はどうなさいましたか？ (受診の目的をご記入ください)

[]

●メガネを作りたい 初めて・持っている (作成時期 年 月頃)

3. いつからですか？

今日 昨日 (日 週間 ヶ月 年) 前から

4. 今まで (現在も) 眼科の病気での通院はありますか？ なし・あり

病院名 ()
病名 () いつ頃 ()
経過 ()

5. 現在治療中の病気はありますか？ なし・あり

風邪 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
その他 ()

6. 現在使用している薬はありますか？ なし・あり ()

※お薬手帳をお持ちでしたらコピーをさせていただきます

7. 薬・麻酔・食べ物にアレルギーはありますか？ なし・あり ()

8. 出生・発達についてお伺いします (分かる範囲でご記入ください)

●出生体重 (g) ●滞在週数 (週)
●発達段階で今まで医師に何か言われたことはありますか？ (または気になっていること)

[]

9. ご家族のこと

●血縁関係のある方で、目の病気の方はいますか？ いない・いる (続柄： 病名：)
●今日クリニックに一緒に来ているのは (お子さんからみて)
父・母・兄弟・姉妹・祖父母・親戚・その他

★ 当院をどちらでお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 前を通りかかって	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> スマホ用ホームページ	<input type="checkbox"/> クリニック検索サイト (ドクターズファイル等)
<input type="checkbox"/> 駅の看板	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 ()	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 ()	
<input type="checkbox"/> 家族がかかっている ()	<input type="checkbox"/> その他 ()		