

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(年生)・中学(年生)	
住所	〒		身長・体重	cm	kg
電話番号	自宅 () -		連絡先(保護者)		-

★ 10日以内にご本人、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・インフルエンザ陽性・アデノウイルス陽性

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）

[]

3. いつからですか？ 今日 昨日 (____日 ____週間 ____ヶ月 ____年) 前から

4. メガネは使用していますか？ なし・あり（作成時期 ____年 ____月頃）

5. 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 (_____)

6. 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 (_____)

7. 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

8. 薬・麻酔・食べ物にアレルギーはありますか？ なし・あり (_____)

9. 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）

[]

10. 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

11. マイナンバーカードを保険証利用された方にお伺いします。診療情報取得に同意されましたか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

★ 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"/> GoogleMap・病院なび・caloo・ドクターズファイル
<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 (_____)		