記入日：令和　　年　　月　　日

小児用問診票（12才以下）

加地眼科

ふりがな	※ひらがなでご記入ください	年　齢	生年月日
お名前	（男・女）	歳	平成 令和　　年　　月　　日
ご住所	〒（　　－　　）		
電話番号	（　　）　　－		
携帯番号	（　　）　　－		（父携帯・母携帯・その他）

1．どのような症状ですか。

（1）物が見えにくい（右・左）
（2）目がかゆい（右・左）
（3）目が赤い（右・左）
（4）目やにがでる（右・左）
（5）眼が痛い（右・左）
（6）涙が出る（右・左）
（7）目がはれている（右・左）
（8）打撲・外傷（右・左）
（いつ：　　何で：　　）
（9）暗いところで見えにくい（右・左）
（10）色の見え方がおかしい（右・左）
（11）斜視
（12）眼鏡をつくりたい
（13）健診で受診を勧められた
（14）眼の検診
（15）その他

（　　）

2．上の症状はいつからですか。

（　　）

3．健診で受診を勧められたことがありますか。

（1）ない
（2）ある（視力・発達・その他）
（3）発達相談を受けている
（4）療育支援を受けている

4．薬・食品でアレルギーを起こしたことがありますか。

（1）ない
（2）ある（薬品名：　　）
（食品名：　　）

5．出産時に異常はありましたか。

（1）週数（早い・遅い・予定通り）
（2）分娩（異常なし・異常あり）

6．目の病気・手術をしたことがありますか。

（1）ない
（2）ある（病　名：　　）
（病院名：　　）

7．今までにかかった病気はありますか。

（1）喘息　（2）じんま疹　（3）心臓病
（4）腎臓病　（5）てんかん　（6）未熟児
（7）アトピー性皮膚炎　（8）アレルギー性鼻炎
（9）脳性まひ　（10）自閉症
（11）その他（病名：　　）

8．ご家族で目の病気をされた方はいますか。

（1）緑内障　（2）夜盲症　（3）色覚異常
（4）斜視　（5）弱視　（6）先天白内障
（7）その他（病名：　　）

9．現在服用しているお薬はありますか。

（1）ない
（2）ある（お薬名：　　）

10．今までに眼鏡をつくったことがありますか。

（1）ない
（2）ある（病院名：　　）

◎ご記入いただいた個人情報は、カルテの作成や、診療の目的で使用します。それ以外の目的で使用することはありません。