

問診票（小児用）

ふりがな() 平成
氏名〔 _____ 〕 生年月日 令和 年 月 日 年齢 歳 (男 ・ 女)

〒 □□□□□□□□

電話番号(自宅) _____

住所 _____ (携帯) _____

■学校の視力検査で要受診となった方はご記入ください（分かる範囲で結構です）

→右目(A ・ B ・ C ・ D) 左目(A ・ B ・ C ・ D)

■眼鏡作成のご希望はありますか？(はい ・ いいえ)

■本日はどのような事でいらっしゃいましたか？（症状など詳しくご記入ください）

(_____)

■どちらの目の症状ですか？(右 ・ 左 ・ 両眼)

■いつからですか？(分かる範囲で結構です)→(_____ から ・ わからない)

■以下の検診を受けたことはありますか？ 受けてない

→(1歳6か月 ・ 3歳 ・ 就学前 ・ 学校検診 ・ その他(_____)

■眼やその他に関して検診や小児科などで、今まで何か指摘されたことはありますか？

→ (_____) 特にない

■眼・またはその他に関して、現在通院中の事柄はありますか？

→ (_____) 特にない

■眼鏡またはコンタクトを使用していますか？

→(眼鏡 ・ コンタクト ・ どちらも使用してない ・ 眼鏡を持っているが今は使っていない)

■過去に目の手術や眼科通院はありますか？(分かる範囲でご記入ください)

→ (_____) 特にない

■今までに病気やけがはありますか？(薬によるアレルギー・その他アレルギーもご記入ください)

→ (_____) 特にない

■現在次のようなことはありますか？

→ (風邪 ・ 発熱 ・ 発疹 ・ 頭痛 ・ 花粉症 ・ アトピー) 特にない