

# なんよう眼科クリニック 問診票 (未就学児用)

(ふりがな).....

お名前: \_\_\_\_\_ 生年月日 (平成・令和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月)

〒  
ご住所: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

1. 本日の眼の症状を教えてください。

①どちらの眼ですか? (右眼・左眼・両眼)

②当てはまる症状すべてにチェックをお願いします。

- 眼が赤い(充血する)    メヤニが出る    眼がかゆい    眼が痛い  
 目に異物が入った    目をぶつけた    涙が出る    見つらそうにしている  
 検診で要検査だった ( 3歳児健診・就学時健診・その他 )  
 頭を左右どちらかに傾げる、顔を左右どちらかに回す、あごを上(下) げる  
 目(視線) が内側に寄る    目(視線) が外側に外れる  
 目を細めて見る    極端に近づいて見ようとする  
 上目づかい(下目づかい) でものを見る  
 まぶたの形(大きさ) に左右差がある  
 屋外に出るとまぶしがる・嫌がる    瞳の中央(奥の方) が白く光る  
 その他( \_\_\_\_\_ )

③それはいつからですか? ( \_\_\_\_\_ )から

2. 上記のことで他の眼科を受診されましたか?

していない    した (どのように言われましたか: \_\_\_\_\_ )

3. なにか目薬を使用していますか?

していない    している (具体的に \_\_\_\_\_ )

4. 出生時体重と妊娠期間を教えてください。

出生時体重 ( \_\_\_\_\_ g ・ 覚えていない )   妊娠期間 ( \_\_\_\_\_ 週 ・ 覚えていない)

5. これまでに次のような病気になったことがありますか?

- 喘息    心疾患    けいれん    アトピー性皮膚炎    花粉症などのアレルギー  
 発達障害(疑いを含む) (よろしければ具体的に \_\_\_\_\_ )  
 その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

6. お薬や食べ物にアレルギーはありますか?

ない    ある (具体的に \_\_\_\_\_ )

7. よろしければ今回当院を受診されたきっかけを教えてください。(任意)

- 以前から知っていた    家族が通院している  
 ご紹介 (ご友人・ご家族・他の医療機関・保健所) : 紹介状 (あり・なし)  
 インターネット検索 (よろしければサイト名: \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

ありがとうございました。

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います。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。(医療情報取得加算:1点)