

はじめて診察を受けられるお子様へ

ふりがな	_____						呼び名 (〇〇ちゃん)
お名前	_____						(_____) 性別 男・女
ご住所 〒	_____						
電話番号 携帯	_____	_____	_____	自宅	_____	_____	
生年月日	年	月	日	(歳	か月)	
身長	cm	体重	kg				

① 本日はどうされましたか？ ○で囲んでください。

目やに・充血・まぶたの腫れ・かゆい・痛い・目に何か入った・ぶつけた
健診で異常を指摘・眼鏡処方希望・目の位置が気になる(斜視)
その他(下に具体的にご記入ください)

② 症状があるのはどちらの目で、いつからですか？

右目 左目 両目 _____ から

③ そのために今までどこかで治療を受けましたか？ (はい・いいえ)

病院名 _____ いつ頃 _____

病名 _____

経過 _____

④ 今までに、他の目の病気・けが・手術をしたことはありますか？ (ない・ある)

病名： _____

いつ頃： _____

⑤ 以下の病気にかかったことはありますか？ あれば○で囲んでください。

小児ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症

けいれん・てんかん・チック症

心臓病・リウマチ熱・川崎病

その他の大きい病気や手術の既往 (_____)

⑥ 現在、使用中のお薬はありますか？ (ない・ある)

薬の種類もしくは名前： _____

⑦ 薬や食べ物、花粉症などのアレルギーはありますか？

ない・ある→何のアレルギーですか？ (_____)

⑧ 成長・発達について

発達段階で今まで医師に何か言われたことがありますか？(または気になっていること)

⑨ 本日はどなたと御一緒ですか？ (お子さんからみて)

父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 親戚 ・ その他