

# 眼科小児問診表

(書ける範囲でご記入ください)

お名前 \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_ 男・女 ( 才 ヶ月) 身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_

1、 いつからどのような症状があるか、詳しくお書き下さい。

---

---

2、 今回の症状のことで他の施設を受診されましたか? はい・いいえ

病院名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

経過 \_\_\_\_\_

3、 今までに病気にかかったことがありますか。(年齢、病名、治療中か完治しているか)

---

---

4、 薬や食べ物でアレルギーはありますか。

ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )

5、 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? 又は気になっている事

\_\_\_\_\_

・ お体に不自由なところがありますか。 (○をつけてください)

目 ・ 耳 ・ 足 (車椅子、杖) ・ 言葉 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

6、 出生時のことについて。

・ 分娩 (正常分娩 ・ 異常分娩)

・ 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 出生時体重 \_\_\_\_\_ g 身長 \_\_\_\_\_ cm

・ 出生時のご両親の年齢 父 \_\_\_\_\_ 才 母 \_\_\_\_\_ 才

7、 家族のこと。

・ 血縁関係のある方で、ご病気の方はいますか

ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )

・ 家族構成をお書きください。

\_\_\_\_\_

・ 本日一緒に病院へ来ているのは (患者様からみて)

父 母 兄弟姉妹 祖父母 おじ おば その他 ( \_\_\_\_\_ )

裏面へ続きます。ご記入をお願いします。

8、 該当する項目を○で囲んでください。

- ・ くろめの大きさ、色が左右違う。
- ・ ひとみの中央に白く見えることがある。
- ・ 涙っぽく、目やにが多く、しろめが赤く、まぶしがることがある。
- ・ まぶたの大きさ、外見上気になることがある。
- ・ 両目の視線が合わない、または、よったりはずしたりする。
- ・ 目が揺れる。
- ・ 暗くなると動きが鈍くなる。
- ・ 目を細めたり、顔をしかめたり、首を傾げたりして物をみつめることがある。
- ・ 歩くときにはよく物にぶつかったり、階段を怖がる。
- ・ 片目ずつを隠して、物を見ることができない。
- ・ 絵を描くときに色の使い方がおかしい。
- ・ 皮膚病、ひきつけ、マヒ（麻痺）がある。
- ・ 頭、顔のけがをした。
- ・ 長く薬を飲んでいて、入院をしたことがある。

9、 他に話しておきたいことがあれば、何でもご記入ください。

※ 顔写真や眼の写真を撮影した場合は、画像を電子カルテに保存させていただきます。

署名年月日 令和 年 月 日

患者署名 \_\_\_\_\_

患者が未成年の場合や署名・判断が困難な場合は下記に記入（患者が未成年の場合、原則として親権者の署名が必要）

代理人署名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄 \_\_\_\_\_