

はじめて診察を受けられるお子様へ

ふりがな	呼び名 (○○ちゃん)				
お名前	()		性別 男・女		
ご住所 テ					
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