

# 小児用眼科問診表

平成 年 月 日

ふりがな

男・女

氏名

平成 年 月 日生

住所

電話番号 自宅

緊急連絡

1. 来院の理由に○をお付けください。

視力が気になる

目つきが気になる（具体的にお書きください）

目が赤い ・ 目やにが出る ・ 涙が出る ・ 目が痒い ・ 目が痛い  
瞼が下がっている ・ 瞼が腫れている ・ さかまつげ  
目に何か入ったようだ ・ 目やまぶたにけがをした  
眼鏡処方希望 ・ コンタクトレンズ希望

2. かゆみ等のある方でアレルギー検査をご希望されますか。

はい ・ 相談したい ・ いいえ

3. それは、どちらの目ですか。

右 ・ 左 ・ 両方

4. それはいつからですか。

5. そのことで、どこかで診察を受けましたか。もらわれたお薬がわかれば、お書きください。

6. これまでに、目の病気や手術をなさったことがあれば、お書きください。

7. 現在、治療中の病気がありますか。

8. お薬や注射にアレルギーがありますか。

有（ ） ・ 無

9. 生まれたときのことをお教えてください。

正常分娩 ・ 未熟児（酸素使用 有・無）

10. この病院を、お知りになったきっかけをお教えてください。

知人の紹介・先生の紹介・電話帳・インターネット・その他（ ）  
（ 様）（ 先生）