

問診票 (小児用)

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	本日の交通手段
お名前		平成 ・ 令和	<input type="checkbox"/> 自家用車 (運転あり) <input type="checkbox"/> 自家用車 (送迎あり) <input type="checkbox"/> バス・タクシー <input type="checkbox"/> 徒歩・自転車
ご住所		年 月 日	
電話番号			
① 今日はどうしましたか？ 症状をチェックしてください 複数ある場合はお困りの順位を『数字』でご記載ください			
	<input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 近眼進行抑制 <input type="checkbox"/> めがね・コンタクトレンズを作りたい		
いつから	<input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 涙っぽい <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> めやにっぽい <input type="checkbox"/> 視力が落ちた <input type="checkbox"/> 欠けて見える <input type="checkbox"/> ぶつけた ・ 『 』が入った		
時間前	<input type="checkbox"/> 首をかしげて物を見ている <input type="checkbox"/> 視線がずれている		
日前	<input type="checkbox"/> まぶたが腫れている <input type="checkbox"/> まぶたが垂れている		
か月前	<input type="checkbox"/> 検診で引っ掛かった <input type="checkbox"/> その他 ()		
右			
左 眼			
両			
② 現在、コンタクトレンズをつけていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1 Dayソフト 2 Wkソフト ハード)			
③ 自覚症状・検査所見によっては 散瞳 (瞳を広げる) 検査 を要します <input type="checkbox"/> 了承しました 半日程度 見え方が まぶしく ピンぼけになります よろしいですか？ <input type="checkbox"/> 相談したい			
④ 治療中の お身体の病気 を教えてください			
<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 難病・特定疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑤ 通院中の クリニック・病院 を教えてください ()			
⑥ 食べ物 おくすり 花粉症 など アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 『有』の場合は 種類がわかれば教えてください ()			
⑦ 1日の おおまかな時間の使い方 を教えてください		テレビ	時間
睡眠		時間	時間
屋外活動		時間	時間
		手元の作業	時間
		(タブレット・スマホ・読書・手芸など)	
⑧ 心配なこと 相談したいことなど ご要望はありますか？			
円滑な診療に協力致します また提示された治療方針に対し本人と相談し、同意致します		保護者署名	続柄

* いただいた 個人情報 および 問診内容は 今回の診療以外の目的に使用することはありません のじま眼科 院長 野嶋 計寿
 2022年5月1日 第1版