

小児問診表（書ける範囲でご記入ください）

眼科

お名前 _____ 愛称 _____ 男・女（ 歳 か月）

1. いつからどのような症状がありますか

2. 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）

ない・ある（ _____ ）

3. 薬や食べ物でアレルギーがありますか

ない・ある（ _____ ）

4. 出生時のことについて

■正常分娩・異常分娩 ■在胎週数 _____ 週 _____ g 第 _____ 子

■出生時のご両親の年齢 父 _____ 歳 母 _____ 歳

5. 成長・発達について

■発達段階で今まで医師に何かいわれたこと（または気になっていること）はありますか

ない・ある（ _____ ）

■お身体に不自由なところがありますか

ない・ある（ 言葉・目・耳・足（車いす・杖）・その他 _____ ）

6. ご家族のことについて

■血縁関係のある方で、目のご病気の方はいますか

いない・いる（ _____ ）

■本日いっしょに病院に来ているのは（お子さんから見て）

父・母・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母・その他 _____

7. 本日最後に飲食した時間を教えてください

_____ 時 _____ 分頃