

はじめて診察を受けられるお子様へ

| | | | |
|------------------|----------------------------|----|-----|
| ふりがな | 呼び名 (〇〇ちゃん) | 性別 | 男・女 |
| お名前 | () | | |
| ご住所 〒 | - | | |
| 電話番号 () | 緊急連絡先 (携帯番号等) () | | |
| 生年月日 | 平成 年 月 日 () 歳・1歳未満 () ヶ月 | | |
| 分娩状況 (正常分娩・異常分娩) | 出生時体重 () g | | |

- ①本日はどうされましたか？ ○で囲んでください。
目の不具合・学校検診・眼鏡処方希望・その他 ()
- ②どちらの目が、いつからどのような症状ですか？
- ③そのために今までどこかで治療を受けましたか？ (いいえ・はい)
(時期・病院名・診断名など分かる範囲内で)
- 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。
けいれん・てんかん・高熱・自家中毒・チック症
心臓病・リウマチ熱・川崎病
小児ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症
薬物アレルギー () 食物アレルギー ()
その他の大きい病気や手術の既往 ()
- ⑥上記で、小児ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症と答えられた方、
アレルギー検査を希望されますか？ (はい・いいえ・相談したい)
*少量の採血でアレルギー性結膜炎の主要8項目が20分で解る検査があります。
- ⑦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：
- ⑧本日はどなたと御一緒ですか？