

〔海谷眼科・問診票〕

記入日 年 月 日 担当

ふりがな		性別	家での呼び名	
氏名		男・女	生年月日	年 月 日生
			(才)	
住所	〒 ー 県 (市・郡) 区 (町・村) (マンション・アパート名、部屋番号)			
TEL	() ー	携帯TEL (父・母・その他)	() ー	

- ☆ 本日は、予約でのご来院ですか。 はい (時 分の予約) / いいえ
1. 本日は、どのような症状で受診されましたか。 (両眼 / 右眼 / 左眼)
- ・充血 ・かゆみ ・目やにが出る ・涙が出る ・はれ ・視力低下
 - ・視力低下 ・斜視 ・弱視 ・首を傾けて見る
 - ・その他 ()
2. それは、いつ頃からで、どなたが気付きましたか。気がついた時の状況を教えてください。
- ()
3. 今回の症状で他の眼科を受診されましたか。
- また、現在治療中・訓練（眼鏡・アイパッチ等）などを行っている、または過去にしたことがありますか
- はい (病院名 病名) / いいえ
- 治療・訓練(内容 時期 年 月 ~ 年 月)
- ☆ 本日の受診に際して紹介状、検査結果等はお持ちですか。 はい (紹介状・検査結果) / いいえ
4. 家族（3親等内くらい）の中で今回と同じような症状の方はいらっしゃいますか。
- はい (病名) ・ いいえ
5. 眼以外に全身疾患または発達に関して指摘を受けたことはありますか。
- はい (病名) ・ いいえ
- かかりつけの病院 ()
- 使用中の薬 ()
6. 出生体重・週数 (g ・ 週)
- 分娩時異常 無 ・ 有 ()
7. 食べ物、お薬のアレルギーはありますか。
- はい () / いいえ
8. その他お子さんの事について、医師に伝えておきたいことがありましたら
記載してください。

受付・問診者記入欄	
右	左
	