

問 診 票(中学生以下の方)

(フリガナ)

お名前 _____ 男・女 生年月日: 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

ご住所 _____

電話番号 _____

1.このたびはどういったことで来院されましたか？

- 1)★学校検診でひっかかった 2)★メガネを作りたい 3)★見えにくい 4)目が痛い
5)目がかゆい 6)目が赤い 7)目やにがでる 8)色が分かりにくい
9)目の位置がずれている 10)その他()

2.上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

(_____ 日前から、 _____ ヶ月前から、 _____ 年前から)(右目・左目・両方)
上の症状で、別の病院を受診したことが、(ある・ない)

3.今までに目の病気になったことがありますか？

(はい・いいえ) (いつ: _____ 病名: _____ 病院名: _____)

4.近視進行抑制治療に興味はありますか？ (はい・いいえ)

他の眼科で、現在近視進行抑制治療を受けていますか？ (はい・いいえ)

★(いつから: _____ 治療方法: リジューアミ点眼液・オルソクトジョー・その他())

5.今までに大きな病気にかかったこと、もしくは現在かかっている病気はありますか？

(なし・あり)(病名: _____)

(かかりつけ病院名: _____)

6.今まで眼科以外で手術を受けたことはありますか？

(はい・いいえ) (いつ: _____ 病名: _____ 病院名: _____)

7.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

また、花粉症などのアレルギーやアトピーと言われたことはありますか？

(はい・いいえ)(はいの場合:アレルギーの種類: _____)

8.普段、コンタクトレンズを使用されていますか？ (はい・いいえ)

9.成長・発達・出生について

①発達段階で今まで医師に何か言われたこと(または気になっていること)はありますか？
ありましたらご記入をお願いします。

(_____)

②お体に不自由なところがありますか？

(目・耳・足(車椅子・杖)・言葉・その他(_____))

③分娩 (正常分娩・異常分娩)

④在胎週数(_____ 週) 出生時体重(_____ g) 身長(_____ cm)

10.ご家族のことについて

①血縁関係のある方で、目のご病気の方はいますか？(いる(_____)・いない)

②本日、病院に一緒に来ているのは(お子さんからみて)

(父・母・兄弟・姉妹・祖父母・親戚・その他(_____))

11. 当院はどのようにお知りになりましたか？

建物看板・道路看板・新聞記事・ホームページ・免許センター広告・人から聞いて

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。