眼科診察　問診票（小児～中学生まで）NO2　2021～

受診日　　初診・再診　氏名　　（　　年生）年齢　　歳

＜いずれか、当てはまる箇所に○や言葉・数字などを記入ください＞

1）今回の受診は　どのような事で受診されましたか？

●学校検診で視力低下にて眼科受診を勧められた。　ア）初めて　イ）以前にもある

●視力の定期受診。前回はいつ頃受診していますか？　（　　）

●眼鏡・コンタクトを使用している（ある・ない）　**作成希望：**（ある・ない）

●いつ頃・どんな症状がありますか。（　日前　週間前　ヶ月前）（右・左・両眼）

痛い ・ かゆい ・ 腫れている ・ 目やに ・ 充血 ・ その他　（　　）

2）当院以外の眼科へ受診したことはありますか　（ない　・　ある）

みつしま眼科　／　ことう眼科　／　島外:　　いつ頃　：

3）今まで病気をしたことはありますか？　（ない　・　ある）

喘息・糖尿病・心疾患・アレルギー性鼻炎・その他（　　）

4）これまでに、眼の病気・手術をしたことがありますか？

ない　・　ある（　　）

5）家族の方で眼の病気にかかられた方がいますか？（家族歴）

（近視・遠視・乱視・斜視・弱視・アレルギー性結膜炎・はやり目・・・　　）

6）保護者の方へ今まで眼科的な病気で、わかっているものに○をつけてください。

近視・乱視・仮性近視・屈折異常（遠視・斜視、弱視）

アレルギー性結膜炎、はやり目、他：

＊ありがとうございました。 受付番号でのお呼び出しがあるまで、 しばらくお待たせ致します。ご承知下さい＊　　対馬病院 眼科外来