

《診察を受けられるお子様へ》

お手数ですが、ご記入願います。

記入日

年

月

日

ふりがな お名前		様	男・女	連絡先 電話番号	
ご住所	〒				
生年月日	年	月	日生	(歳 か月)
身長	cm		体重	kg	

① 本日はどうされましたか？ ○で囲んでください。

目やに・充血・まぶたの腫れ・かゆい・痛い・目に何か入った・ぶつけた
健診で異常を指摘・眼鏡処方希望・目の位置が気になる（斜視）
その他（具体的にご記入ください）

② 症状があるのはどちらの目で、いつからですか？

右目 左目 両目 _____ から

③ 今までに、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：

④ 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。

- ・小児ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症・けいれん・てんかん・チック症
- ・心臓病・リウマチ熱・川崎病
- ・その他の大きい病気や手術の既往（ _____ ）

⑤ 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：

⑥ 薬や食べ物、花粉症などのアレルギーはありますか？（ない・ある）

何のアレルギーですか？：

⑦ 本日はどなたと御一緒ですか？（お子さんからみて）

父・母・祖父母・兄弟・姉妹・親戚・その他

ご記入ありがとうございました。 西大和眼科クリニック