

小児問診票 (書ける範囲でご記入ください)

お名前 _____ 愛称 _____

男・女 (歳 カ月) 身長 _____ cm 体重 _____ g・kg

1. いつからどのような症状があるか、詳しくお書きください。

2. 今回の症状のことでほかの施設を受診されましたか。 はい ・ いいえ

病院名 _____ いつ頃 _____

病名 _____

経過 _____

3. 今までに病気にかかったことがありますか(年齢、病名、治療中か完治しているか)。

4. 薬や食べ物でアレルギーはありますか。

ない ・ ある (_____)

5. 成長・発達について

● 発達段階で今まで医師に何か言われたことがありますか(または気になっていること)。

● 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(_____)

6. 出生時のことについて

● 分娩 (正常分娩 ・ 異常分娩)

● 在胎週数 _____ 週 出生時体重 _____ g 身長 _____ cm

● 出生時のご両親の年齢 父 _____ 歳 母 _____ 歳

裏面へ続きます。ご記入をお願いします。

7. ご家族のこと

- 血縁関係のある方で、目のご病気の方はいますか。
いない ・ いる(_____)
 - 現在一緒に住んでいる家族構成をお書きください。
-

- 今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

8. 該当する項目を○で囲んでください。

- くろめの大きさ、色が左右違う。
- ひとみの中央が白く見えることがある。
- 涙っぽく、めやにが多く、しろめが赤く、まぶしがることがある。
- まぶたの大きさ、外見上気になることがある。
- 両目の視線が合わない、または、よったりはずしたりする。
- 目が揺れる。
- 暗くなると動きが鈍くなる。
- 目を細めたり、顔をしかめたり、首を傾げたりして物をみつめることがある。
- 歩くときにはよく物にぶつかったり、階段をこわがる。
- 片目ずつを隠して、物を見ることができない。
- 絵を描くときに色の使い方がおかしい。
- 皮膚病、ひきつけ、マヒ(麻痺)がある。
- 頭、顔のけがをした。
- 長く薬を飲んでいる、入院をしたことがある。

9. ほかに話しておきたいことがあれば、何でもご記入ください。