

初診申込書・幼児問診票(未就学児用)

ふりがな	記入日	西暦	年	月	日
患者氏名	男・女	大・昭・平・令			
(代理記入者名	続柄)	生年月日	年	月 日 年齢 才
住 所 〒 _____					

自宅電話	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり→	_____	-	_____	-
携帯電話	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり→	_____	-	_____	-
				*紹介状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

*下の質問で当てはまるものに ✓ を入れてお答えください。

1) お子様の目について、ご相談されたいことは？

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> メヤニが出る | <input type="checkbox"/> 涙が出る | <input type="checkbox"/> かゆみ | <input type="checkbox"/> 充血 |
| <input type="checkbox"/> まぶたのただれ | <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ | <input type="checkbox"/> 目に手や物が当たった | |
| <input type="checkbox"/> 斜 視 | <input type="checkbox"/> まぶしがる・眼をつぶる | | |
| <input type="checkbox"/> 視力が悪い・よく見えない | <input type="checkbox"/> テレビに近づいて見る | | |
| <input type="checkbox"/> 首をまげる癖がある | <input type="checkbox"/> 暗い所で、つまづいたり見にくそうにする | | |
| <input type="checkbox"/> 検診にて眼科受診をすすめられた | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | 〔 _____ 〕 | | |

2) 今までに眼科を受診されたことはありますか？

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい→ | 病 名 | (_____) |
| | | いつから | (_____) |
| | | 病 院 名 | (_____) |
| | | 使用中のお薬など | (_____) |

3) ご家族・ご親族で、眼の病気の方はいらっしゃいますか？

- | | |
|------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | |
| <input type="checkbox"/> は い | → 病 名(_____) |
| | 続 柄(_____) |

4) 当院は何によってお知りになりましたか？ ※複数回答可

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 知人・家族からきいて(_____) | <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介(_____) | |
| <input type="checkbox"/> ホームページを見て | <input type="checkbox"/> 自宅から近い | <input type="checkbox"/> 当院職員紹介(_____) |
| <input type="checkbox"/> その他(_____) | | |

うらのページもご記入下さい

既往歴・アレルギー問診票

5) 妊娠中から現在までの状況について ※「あり」の場合：具体的な内容を下線にご記入ください

- ・出生時の体重 _____ g
- ・現在の体重 _____ g
- ・妊娠中の異常 なし あり _____ 骨盤位・帝王切開
- ・分娩時の異常 なし あり _____
- ・新生児期の異常 なし あり _____
- ・発達の遅延 なし あり _____
- ・耳が聞こえにくい なし あり
- ・手足の運動が不自由 なし あり
- ・身体に異常がある なし あり
- ・その他疾患 喘息 心臓疾患 アトピー性皮膚炎
アレルギー疾患(_____)
その他(_____)

6) 今までに大きな手術をされたことはありますか？

- いいえ はい → 病名(_____)いつ頃(_____)
手術名(_____)病院名(_____)

7) 「赤く腫れる」「発疹・じんましん」「ショック」「下痢・腹痛」などを起こされたことが下記①～③でありますか？

- ①薬・注射： いいえ はい → アスピリン ピリ系 カルファ剤 ペニシリン
その他(_____)
- ②食品・洗剤・金属： いいえ はい → 品名(_____)
- ③消毒用アルコール： いいえ はい

8) 「けいれん」や「ひきつけ」を起こされたことはありますか？

- いいえ はい → いつ頃(_____)

9) 1ヶ月以内に予防接種を受けられたことはありますか？ いいえ はい(_____)

10) ご家族・ご親族の方で、次の病気の方はいらっしゃいますか？

- いいえ
はい → お子様との関係（続柄）をご記入ください。
- 癌() 結核() 心臓病() 糖尿病()
喘息() 高血圧() アレルギー疾患()
神経疾患() 血液疾患() けいれん() 先天異常()
てんかん() 脳性まひ() 運動発達の遅れ()

11) 2週間以内にコロナウイルスに感染 または 37.5℃以上の発熱はありましたか？

- いいえ はい → いつ頃(_____)