

キッズ問診票

ふりがな	男・女	生年月日	年	月	日	才
お名前						
住	〒					
所	電話 (- -) 携帯 (- -)					

① 今日はどうされましたか？ 両眼 右眼 左眼

② 今までに眼の病気をしたことはありますか？

- なし
 あり 弱視 斜視 色覚異常 その他 ()

③ 今までに病気をしたことがありますか？

- なし
 あり [ぜんそく アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
 心臓病 その他 ()]

④ 分娩時、出生時、乳幼児健診等で処置を受けたり、指摘されたことはありませんでしたか？

- なし
 あり 出生体重 ()

⑤ 内服中のお薬はありますか？

- なし あり 薬剤名 _____

⑥ 今までに薬や注射でじんましんが出たり、気分が悪くなったりした事がありますか？

- なし あり 薬剤名 _____

⑦ 家族や血縁関係で眼の病気の方はおみえになりますか？

- いない
 いる [弱視 斜視 色覚異常 その他 ()]