

# 小児問診票（書ける範囲でご記入ください）

年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

男・女 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

満尾医院を受診された理由に○をつけてください。

1. 当院に来院した事がある
2. 近くに住んでいる、または近くに勤めている
3. 家族が当院にかかっている
4. 知人に勧められた（紹介者 \_\_\_\_\_）
5. 他院からの紹介
6. 満尾医院のホームページ、バス広告を見た
7. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

いつから、どちらの目（右・左・両）、どのような症状があるか、詳しくお書き下さい。

該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 黒目の大きさ、色が左右違う
- ひとみの中央が白く見えることがある
- 涙が出る、目やにが出る、白目が赤い、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、首を傾けたりして物を見ることがある
- 片目ずつ隠すと嫌がる
- 物を描くときに色の使い方が気になる
- 頭、顔のけがをした

今回の症状で他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 \_\_\_\_\_

裏面へ続きます→

今まで病気にかかったことがありますか。(年齢、病名、治療中または完治しているか。)

---

---

### 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 出生体重 \_\_\_\_\_ kg 身長 \_\_\_\_\_ cm

○出生時のご両親の年齢 父 \_\_\_\_\_ 歳 母 \_\_\_\_\_ 歳

### 成長・発達について

○発達段階で医師に何か言われた事がありますか。(または気になっていること)  
ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

○あやすと笑いますか。( 笑う ・ 笑わない )

○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 ( \_\_\_\_\_ )

薬や食べ物でアレルギーはありますか。

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

### 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下さい。

---

○今日病院に一緒に来ているのは (お子様からみて)

父・母・兄弟・姉妹・祖父母・親戚・その他

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。