

# 小児問診票（書ける範囲でご記入ください）

令和 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 男 ・ 女

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

本日は、どうされましたか？（ 右眼 左眼 両眼 ）

- |                                 |                                       |                                |                                  |
|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い     | <input type="checkbox"/> 見えにくくなった     | <input type="checkbox"/> かゆい   | <input type="checkbox"/> めやに     |
| <input type="checkbox"/> ゴミが入った | <input type="checkbox"/> チラチラした物が見える  | <input type="checkbox"/> はれている | <input type="checkbox"/> できものがある |
| <input type="checkbox"/> 赤い     | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |                                |                                  |

いつ頃からですか？（ \_\_\_\_\_ ）

現在、この症状で治療を受けていますか？

・はい

病院名（ \_\_\_\_\_ ） いつ頃（ \_\_\_\_\_ ）

病名（ \_\_\_\_\_ ）

経過（ \_\_\_\_\_ ）

・いいえ

今までに病気にかかったことがありますか？

・ある

年齢（ \_\_\_\_\_ 歳） 病名（ \_\_\_\_\_ ）

現在の状況 完治 ・ 治療中（処方薬 \_\_\_\_\_ ）

・ない

今までに、薬に対しての異常反応がありましたか？

・ある（薬品名 \_\_\_\_\_ ）

・ない

他に話しておきたいことがあれば、何でも御記入下さい

[ \_\_\_\_\_ ]