



小児眼科外来 問診票



お名前: _____

年齢: _____ 歳 学校・園: _____ (学年: _____)

恐れ入りますが、下記問診票をご記入ください。

★本日の受診内容をお聞かせください。(複数回答)



- 3歳児健診・学校健診でひっかかった
- 弱視の有無など健診を受けたい
- 視力が落ちた
- 本やTVを近くで見たり、目を細めて見る
- 片目を隠すと嫌がる
- 視線が合いにくい・瞳の位置がずれる(斜視)
- 瞳が白く光って見える
- まぶしがったり、目をよくこする
- 片目をつぶったり、横目・上目遣いで見る
- 首を傾けたり、あごを挙げて見る
- 頭痛を訴えたり、集中力がなく飽きっぽい
- 色覚異常の検査を受けたい
- その他(_____)

📍 それはいつ頃からですか？ (_____)

★出生・発達に関して、お伝え頂くことはありますか？

(早産や低出生体重はありませんでしたか？ 今まで健診で問題ありませんでしたか？ etc…)

★今までに治療されたご病気、現在治療中のご病気はありますか(お薬など)？



★ご家族の方で眼科のご病気などありますか？

(ご両親は近視などありますか？ ご家系で色覚異常の方がいらっしゃいますか？ etc…)

裏面もありますので、よろしくお願ひします。

★アレルギーはありますか？（食べ物・お薬・花粉症・アトピーetc…）

★1日にどれくらいスマホやゲームを使用しますか？ 状況も詳しくお聞かせください。



★お子様のことをお教えてください。

（お子様の性格・好きなキャラクター・趣味etc… お話しをする時の参考にします。

何でも教えてください😊）

★当院を受診されましたきっかけは何ですか？（複数回答）

- ホームページ/ネット チラシや雑誌 知人の紹介 他院からの紹介
 家や学校から近いので その他（ ）

★受診可能な日時を教えてください。

（基本的には月・金・土曜日となりますが、他の曜日しかご都合が見つからない方はご記入ください。）

- いつでもOK 平日午前のみ 平日午後のみ 土曜のみ 長期休暇のみ
（ご都合のよろしい曜日をcheckください 月 火 水 金 土）

★お子様への対応に関して、ご要望はございますか？

（人見知りが強いのでご両親と一緒に検査したい・1人で検査する方がよさそう・

待ち時間があると特別難しい・特に怖がりさんなので注意して欲しいetc…）



ご協力ありがとうございました。

至らない点もごございますが、なるべくお子様ひとりひとりに合わせたご対応を心掛けますので、どうぞよろしくお願い致します。

お気づきの点がございましたら、どうぞご遠慮なくお声がけください。

小児眼科担当医師：福田美穂