

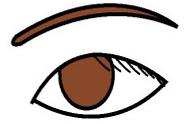
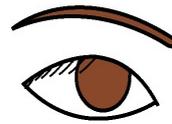
ふりがな		生年月日	平成・令和		
名前	愛称 ( ) 様 男 ・ 女		年	月	日
電話	(ご自宅) — — (携帯等)	—	—	—	( 歳 か月)
住所	〒 —	身長		cm	
		体重		g ・ kg	

1. いつからどのような症状があるか、詳しくお書きください。

気になる箇所に印をつけてください

右眼

左眼



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. 今回の症状のことでほか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 \_\_\_\_\_

3. 今までに病気にかかったことがありますか。(年齢、病名、治療中か完治しているか)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. 今現在、服用している薬がありますか？ (はい・いいえ)

薬剤名 ( ) (お薬手帳持参されている方は記入不要です)

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか。

ない ・ ある (薬: 食べ物: その他: )

6. 成長・発達について

●発達段階で今まで医師に何か言われたことがありますか (または気になっていること)。

\_\_\_\_\_

●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 ( )

7. 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 出生時体重 \_\_\_\_\_ g 身長 \_\_\_\_\_ cm

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

## 8. 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ください。

---

●今日クリニックに一緒に来ているのは (お子さんからみて)

父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 祖父母 ・ 親戚 ・ その他

## 9.該当する項目を○で囲んでください。

- ・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。
- ・涙っぽく、めやにが多く、しろめが赤く、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、または寄ったり外したりする。
- ・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、首を傾げたりして物をみつめることがある。
- ・歩く時に、よく物にぶつかったり、階段をこわがる。
- ・片目ずつを隠して、物を見ることができない。
- ・絵を描くときに色の使い方がおかしい。
- ・皮膚病、ひきつけ、マヒ (麻痺) がある。
- ・頭、顔のけがをした。
- ・長く薬を飲んでいる、入院をしたことがある。

## 10.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。

## 11.当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人・家族の紹介 (ご紹介者 \_\_\_\_\_ )  くちこみ  看板

インターネット  他院の紹介 ( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。