

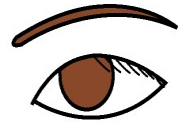
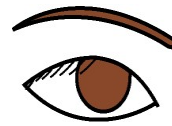
ふりがな		生年月日	平成・令和		
名前	愛称 () 様 男 ・ 女		年	月	日
電話	(ご自宅) — — (携帯等)	—	—	—	(歳 か月)
住所	〒 — — — — —	身長	cm		
		体重	g ・ kg		

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、まぶしがることもある。
- ・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。