

フリガナ _____ 愛称 _____

お名前 _____ 男・女 体重 _____ kg

生年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

郵便番号 〒 _____ 電話番号 _____

ご住所 _____

① いつから、どのような症状ですか。

今回の症状で他の病院を受診されましたか。 はい・いいえ

病院名 _____ いつ頃 _____ 病名 _____

経過 _____

② 今までにかかった病気はありますか。

ない・ある 年齢 _____ 歳 病名 _____ 治療中・完治

③ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

ない・ある _____

④ 発達・発育について

発達・発育について医師に言われたことがありますか。

ない・ある _____

また、気になっていることはありますか。

お体に不自由なところがありますか。

目・耳・足(車椅子・杖)・手・言葉・その他(_____)

⑤ 出生時について

分娩(正常分娩・他) 在胎週数 _____ 週 出生時体重 _____ g

⑥ 家族について

血縁関係のある方で、目に病気のある方はいらっしゃいますか。

いない・いる(_____)

⑦ 該当する項目を○で囲んで下さい。

- ・右目と左目で、黒目の大きさや色が異なる
- ・ひとみの中央が白く見えることがある
- ・まぶたの大きさが気になる
- ・両眼の視線が合わない(目が外にむいたり、内に寄ったりする)
- ・目を細めたり、顔をしかめたり、首を傾げたりして物を見る
- ・よく物にぶつかったり、階段を怖がったりする
- ・片目を隠すと嫌がる
- ・目が揺れる
- ・絵を描くときに、色の使い方がおかしい
- ・皮膚病、ひきつけ、麻痺(まひ)がある
- ・頭、顔の怪我をしたことがある
- ・薬を長期に服用している
- ・入院したことがある
- ・涙っぽい
- ・目やにが多い
- ・白目が赤い
- ・まぶしがる

その他に相談したいことがありましたら、ご記入下さい。