

フリガナ \_\_\_\_\_ 愛称 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 電話番号 \_\_\_\_\_

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ 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？

なし・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？

なし・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 ( \_\_\_\_\_ )

その他、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、黒目の大きさと色が異なる      | ・ 皮膚病、ひきつけ、麻痺がある |
| ・ ひとみの中央が白く見えることがある        | ・ 頭、顔の怪我をしたことがある |
| ・ まぶたの大きさが気になる             | ・ 薬を長期に服用している    |
| ・ 両目の視線が合わない（目が外を向いたり内に寄る） | ・ 入院したことがある      |
| ・ 物を見る時に目を細める、顔をしかめる、首を傾げる | ・ 涙っぽい           |
| ・ よく物にぶつかったり、階段を怖がったりする    | ・ 目やにが多い         |
| ・ 片目を隠すと嫌がる                | ・ 白目が赤い          |
| ・ 目が揺れる                    | ・ まぶしがる          |
| ・ 絵を描くときに、色の使い方がおかしい       |                  |

その他に相談したいことがありましたら、ご記入下さい。

---