

# 眼科質問用紙

お子さま用

※15才以下

記入日:

年

月

日

(フリガナ) お名前	( )	記入者 (続柄)	( )
生年月日	H · R 年 月 日	性別	男性 · 女性
電話番号	(ご自宅) — — (携帯電話) — —		
ご住所	〒 — —		

今まで他の眼科で診察を受けましたか?	はい · いいえ (はいとお答えの方 →) 病院名: 診断内容: 薬:		
お子さまの病気(眼)について 最も心配なことは何ですか?			
お子さまの視力について	お子さまの視力	右眼 (矯正視力 ) · 左眼 (矯正視力 )	
	いつから悪いですか?	日前 ~ · 週間前 ~ · 月前 ~ · 年前 ~	
		読書距離 cm テレビ距離 cm	
	眼鏡について	(1) 眼鏡はもっていますか はい · いいえ (2) 眼鏡はいつからかけていますか 才頃 (3) その後眼鏡を変えましたか? はい · いいえ (4) 眼鏡の用い方 常に · 時々 · かけていない (5) 誰に処方してもらいましたか?	
	コンタクトレンズは使用していますか?	はい · いいえ	
	近視の治療を受けたことはありますか?	はい · いいえ	
斜視について	斜視に気づいた時期はいつですか?	才頃	
	原因や動機と思うことはありますか?	ある( ) · ない	
	どちら側ですか?	右 · 左 · 交互に	
	どの方向へ?	内 · 外 · 上下 · 斜め	
	視線がずれる頻度はどのくらいですか?	常に · 時々 · 定期的	
首を曲げて見るくせはありますか?	ある · ない		
外でまぶしがったり、目を閉じることがありますか?	ある(右 · 左 · 両方) · ない		
他に体の異常はありませんか?	ある · ない		
家族に目のご病気はありませんか?	ある · ない		
出生時体重	g	出産予定日	年 月 日
薬や食べ物でアレルギーを 起こしたことがありますか?	はい · いいえ (はいとお答えの方 →) 食品: 薬: その他:		
当院を何でお知りになりましたか?			
コンタクトの処方を希望されますか?	(1Day · 2Week · ハード) (コンタクト希望メーカー: ) ※当院では基本的にコンタクト処方箋のみのお渡しはしていません。		



やなぎさわ眼科

YANAGISAWA EYE CLINIC