問診票（15才以下の方用）

該当する項目に〇または記入をお願いします。

(フリガナ) お 名 前	（ 男・女 ）	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日（　　才）
ご 住 所 〒			電話番号 ご自宅 携帯電話

□ 目の気になる症状について教えてください。

- ・視力低下　右目　・　左目　・　両目
- ・目が赤い　右目　・　左目　・　両目
- ・目がかゆい　右目　・　左目　・　両目
- ・めやにが出る　右目　・　左目　・　両目
- ・涙が出る　右目　・　左目　・　両目
- ・腫れている　右目　・　左目　・　両目
- ・目のずれ　右　・　左　・　交互
- ・ぶつけた　〔どこを：　　〕
- ・その他の症状　〔　　〕
- ・いつ頃からですか？　〔　　頃から〕

□ 眼鏡についてお聞きします。

- ・眼鏡は持っていますか？　はい　・　いいえ
- ・持っている場合、使い方は？　常用　・　授業中のみ　・　かけていない
- ・眼鏡処方箋の希望はありますか？　ある　・　ない

□ コンタクトレンズについて

- ・使用していますか？　使用している　・　使用していない
- ・使用している方はコンタクトレンズを教えてください　〔　　〕
- ・コンタクトレンズの希望はありますか？　ある　・　ない

※コンタクトレンズの処方箋は交付いたしません。指定店のみでの購入となります。

□ 目のずれが気になる方にお聞きします。

- ・どの方向にずれますか？　内　・　外　・　上下　・　斜め

□ 学校健診で指摘された方にお聞きします。　用紙を持参している　・　用紙を持参していない

★ 今までに目の病気をされたことがありますか？　はい　・　いいえ
「はい」と答えた方は病名と病院名を教えてください　〔　　〕

その病気で入院・手術などをしましたか？　はい　・　いいえ

★ かかりつけの病院はありますか？　はい　・　いいえ
「はい」と答えた方は病名と病院名を教えてください　〔　　〕

★ 他の病院から処方されている内服や目薬はありますか？　はい　・　いいえ

★ 本日お薬手帳をお持ちになっていますか？　はい　・　いいえ

★ 今までに薬剤でアレルギー症状を起こしたことがありますか？　はい　・　いいえ
「はい」と答えた方は薬剤名と症状を教えてください　〔　　〕

★ 身体障害者手帳　・　養育手帳はお持ちですか　はい　・　いいえ

ご記入ありがとうございました。