

初来初診（初診オーダー）

再来（長期）6ヶ月以上
（初診判断、オーダー）

再来（短期）6ヶ月未満

【小児眼科】問診票

大阪市立総合医療センター 小児医療センター外来

フリガナ () (男 ・ 女)

お子様のお名前 () (歳 ヶ月)

★診察の前に下記の点についてご記入をお願い致します。

	質問	回答欄
(1)	本日受診の理由	どちらの目ですか (<input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 両目) <u>どのような症状がありましたか</u> <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 目がはれている <input type="checkbox"/> その他 ()
(2)	いつから	<input type="checkbox"/> 出生時から <input type="checkbox"/> __歳__ヶ月から <input type="checkbox"/> __月__日ごろから
(3)	ご家族で目の大きな病気にかかった方	<input type="checkbox"/> いる どなたが () <input type="checkbox"/> いない ○で囲んでください（複数回答でよいです） 小児白内障 小児緑内障 網膜色素変性症 斜視 その他 ()
(4)	お子様の兄弟構成と年齢	(兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹) (歳) (兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹) (歳) (兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹) (歳) (兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹) (歳) (兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹) (歳)