診察申込書（小児用）

年　　月　　日

ふりがな			男　・　女
お名前			
生年月日	平・令　　年　　月　　日	年齢	歳　　ヵ月
現住所	〒　　－		
第1連絡先	TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿	（続柄:＿＿＿＿　氏名:＿＿＿＿＿＿）	
第2連絡先	TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿	（続柄:＿＿＿＿　氏名:＿＿＿＿＿＿）	
緊急連絡先	TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿	□父 □母 □祖父 □祖母 □その他（　　）	
紹介状（情報提供書）をお持ちですか	□ ない	□ある	

＊マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。　□ はい　□ いいえ

< 問診 > 該当項目に記入・☑チェックをお願いします。※差し支えのない範囲でご記入ください※

1. いつから、どのような症状がありますか。
   - ・どちらの目ですか　□ 右眼　□ 左眼　□ 両眼　□ わからない
   - ・症状はいつごろからですか　（　　日前から・　　ヵ月前から・　　年前から）
   - ・症状を詳しくお書きください

   ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

   ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 当てはまる項目に☑チェックをお願いします。
   - □ 視線が合わない、または目が寄ったり外へ向いたりする
   - □ 歩くときによく物にぶつかる、つまずく
   - □ 暗いところでは見えにくい様子がある
   - □ 顔を回して横目で見たり、首をかしげたりして物を見ることがある
   - □ 階段や段差を怖がる
   - □ 目が揺れる
   - □ すごくまぶしがる
   - □ ひとみの中が白く見えることがある
   - □ 片目を隠すのを嫌がる
   - □ 片目をつぶって物を見ることがある
   - □ 黒目の大きさや色が左右で違う
   - □ 絵を描くときに色の選び方がおかしい

3. 今までに今回の症状について他の施設を受診されましたか。
   □ はい（病院名：　　）（いつ頃：　　）　□ いいえ

4. 眼鏡やコンタクトレンズを使用していますか。
   - □ 眼鏡　初めて眼鏡を作製した時期：　　年　　月ごろ（　　歳）
     現在使用している眼鏡の作製時期：　　年　　月ごろ（　　歳）
   - □ コンタクトレンズ　（ ハード ・ ソフト ・ 使い捨て ）
   - □ どちらも使用していない

5. 血縁関係のある方で、目のご病気の方はいますか。
   □ いる　（病名：　　）　□ いない

※2枚目に続きます。ご記入をお願いします※

6. 出生時について
・分娩　☐ 正常分娩　☐ その他（　　）
・在胎週数：＿＿＿＿ 週　・出生時体重：＿＿＿＿＿＿ g

7. 成長・発達について
・成長、発達について指摘されたことや気になっていることはありますか。
☐ ある → 3枚目の「発達問診票」にもご記入をお願いします。
☐ ない

・お体に不自由なところはありますか。
☐ 耳　☐ 足　☐ 言葉　☐ その他（　　）　☐ ない

8. 今までに眼科以外の病気にかかったことはありますか。
☐ ある　（病名：　　）　☐ ない

9. けいれんを起こしたことがありますか。
☐ ある　（　　歳　　ヵ月）　☐ ない

10. 現在、内服しているお薬はありますか。
☐ ある
→ おくすり手帳はお持ちですか。 ☐ ある　☐ ない(薬剤名:　　)
☐ ない

11. アレルギーはありますか。　（薬剤、食べ物、花粉など）
☐ ある　（　　）　☐ ない

12. 他に伝えておきたいことや配慮して欲しいことがあればご記入ください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊個人情報に関するお願い＊
当院では、患者さまの安全を守ること、医療事故を防止することを目的に、患者さまをお名前でお呼び出しいたします。この件につきましてご了承をいただきたく、お願い申し上げます。

☐　承諾する　　☐　承諾しない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算
■初診時 加算1 → 4点（通常の保険証の場合）
加算2 → 2点（マイナ保険証を利用した場合）

この用紙のご記入をもって、院内掲示されている診療に伴う同意について理解した上で、当院での診察、投薬、各種検査等に同意されたものとさせていただきます。
特別に同意書の提出が必要な検査・処置・手術に対しては原則、書面にて説明を行い同意をいただいた上で治療、診療させていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。

医療法人社団　済安堂

小児眼科外来 発達問診票

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな
お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男 ・ 女　（　　歳　　ヵ月）

この問診票は、安心して検査や診察を行っていただくためのものです。
わかる範囲・差し支えのない範囲で構いませんので、ご記入ください。
該当項目に記入・☑チェックをお願いします。

1. これまでの発達の経過について教えてください。
   ・首がすわる（　　ヵ月）　・お座り（　　ヵ月）　・一人歩き（　歳　　ヵ月）
   ・意味のある言葉を発する（　歳　　ヵ月）　・二語文を話す（　歳　　ヵ月）
   ・健診などで発達についての指摘はありましたか。
   ☐ ある →（いつごろ:　　)(内容:　　)
   ☐ ない

2. 発達面について診断されていますか。
   ☐ されている → 障害名・疾患名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   発達年齢：　歳　　ヵ月（診断時期：　　年　　月ごろ）
   → 手帳をもっていますか　☐ ある　☐ ない
   ☐ されていない

3. ご本人が嫌がること、苦手なこと、怖いことはありますか。
   ☐ 体を触られる　☐ 顔を触られる　☐ 小さい子どもの泣き声
   ☐ 人が多いところ　☐ 物が多いところ　☐ 待つこと
   ☐ 暗いところ　☐ 初めての人　☐ 初めての場所
   ☐ 大きな声・音　☐ 器械の音　☐ たくさん話しかけられること
   ☐ 目薬をつける　☐ 光の刺激　☐ 器械が近づくこと
   ☐ その他（　　）

4. ご本人が好きなもの、興味を示すことなどをお書きください。
   （おもちゃ・キャラクター・趣味など、なんでも構いません。）

5. ご本人にどのように伝えたらわかりやすいですか。
   ☐ 実物を見せる　☐ 絵を見せる　☐ 文字で書いて見せる
   ☐ お手本を見せる　☐ 見通しを立てる　☐ 短い言葉で伝える
   ☐ 特になし

6. 受診にあたって心配なことや伝えておきたいことがあればお書きください。

ご協力ありがとうございました。

医療法人社団　済安堂