

【小児問診票（保護者の方がご記入ください）】

お子さまのお名前： _____

※あてはまるものに✓をつけてください

■ どちらの目ですか？

右 左 両方

■ いつ頃からですか？

今日から

数日前から

1週間くらい前から

それ以上前から()

■ どのような症状ですか？

目やにが出る 目が赤い

目をよくこする 涙が多い

まぶしがる 目が腫れている

見えにくそう 目がずれている気がする

学校検診で指摘された

メガネ・コンタクト作成希望

オルソケラトロジー希望

その他()

■ 発熱・かぜ症状はありますか？

なし

あり

■ アレルギー（花粉・ハウスダストなど）

なし

あり

■ 現在使用中の目薬

なし

あり()

■ 気になることがあればご記入ください