

# 初めて診察を受けられる方へ **学校健診・視力検査用**

お名前: \_\_\_\_\_ 生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

1. 現在、患者様は、小学校・中学・高校( )年生
2. 今回の学校での視力検査は、右( )、左( )
3. 現在、学校での席は、前から( )番目

以下、該当するものに丸で囲んでください。

4. 黒板の文字は？ [見えている、見えにくい時あり、後ろでは見えない]
5. テレビを見る時は？ [よく前に行く、離れていても見えている]
6. 物を見る時に目を細めることは？ [ある、時々ある、ない]
7. 以前、「調節緊張(仮性近視)」と診断されたことがあり、今回も同じ治療を希望されますか？  
[希望する、院長の診察を受けてから考える]
8. すでにメガネをお持ちで見えにくいので、待ち時間の間にメガネの練習を希望されますか？  
[希望する、院長の診察を受けてから考える]
9. 今日は、視力以外のことで他に症状はありますか？ → ない  
ある場合、該当するものに丸で囲んでください。  
[目やに、目が赤い、かゆい、痛い、ごろごろする、その他( )]
10. その症状は、いつからですか？ ( )日前、( )週間前、( )ヶ月前
11. どちらの目ですか？ [右目、左目、両目]
12. 今までに眼科にかかれたことはありますか？ → ない  
ある：いつ( )  
医療機関名( )  
診断名や治療など( )
13. 全身的な病気などはありませんか？ → ない  
ある：いつ( )  
医療機関名( )  
①感冒症状：発熱( )℃、インフルエンザ、その他( )  
②アトピー性皮膚炎：ハウスダスト、ダニ、カビ、その他:( )  
③アレルギー性鼻炎：ハウスダスト、ダニ、カビ、その他:( )  
④花粉症：スギ、ヒノキ、その他( )  
⑤その他( )  
治療など( )
14. 薬や食べ物のアレルギーはありませんか？ → ない  
ある：何の？(例えば、抗生物質 )  
どんな症状？(例えば、湿疹 )
15. 当院へ来院されるようになったきっかけは？  
[広告(①駅の看板、②電柱広告、③電話帳、④当院ホームページ)、家族の紹介、  
知人の紹介(紹介者 )、近所で知っていた、その他( )]

ご協力どうもありがとうございました。