

Questionario per la famiglia

(da compilare con crocette ove richiesto e che Vostro figlio/a dovrà consegnare all'Oculista al momento di effettuare la visita)

1. In famiglia chi porta gli occhiali?

- Padre ☐
- Madre ☐
- Fratello/sorella ☐
- Nonni ☐
- Nessuno ☐
- Non risponde ☐

2. Quali sono i difetti di vista dei familiari?

- Miopia ☐
- Ipermetropia ☐
- Astigmatismo ☐
- Non risponde ☐

3. Ci sono altri parenti o familiari che hanno malattie oculari?

- No ☐
- Se sì, chi:
 - Genitori ☐
 - Fratello/sorella ☐
 - Nonni ☐
 - Cugini/Zii ☐
- Non risponde ☐

4. Vostro figlio è nato:

- A termine:
- Prematuro - di 1 mese ☐
- Prematuro + di 1 mese ☐
- Prematuro + di 2 mesi ☐
- Non risponde ☐

5. Vostro figlio ha sofferto di patologie in passato?

- No ☐
- Sì ☐
- Quali.....
- Non risponde ☐

6. Vostro figlio soffre di allergie?

- No ☐
- Sì ☐
- Quali.....
- Non risponde ☐

7. Vostro figlio segue attualmente delle terapie?

- No ☐
- Sì ☐
- Quali.....
- Non risponde ☐

8. Quali disturbi avverte Vostro figlio?

- Rossore agli occhi ☐
- Lacrimazione ☐
- Mal di testa ☐
- Fastidio alla luce ☐
- Altro.....
- Nessuno ☐
- Non risponde ☐

9. Vostro figlio porta gli occhiali?

- No ☐
- Sì ☐
- Da meno di 1 anno ☐
- Da più di 1 anno ☐
- Non risponde ☐