

## 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