

小児用問診票

医院用 ID 番号： _____ 平成 年 月 日

ふりがな お名前	(男 ・ 女)	生年月日	平成 年 月 日 (歳)	体重	Kg
-------------	---------	------	------------------	----	----

お願い 診察時にお子様が安全に静止できないと危険であり、十分な診察ができません。ご協力お願い致します。

* 本日はどのような症状で来院されましたか？ 下記の項目にご記入か○をつけてください。
いつから (____ 月 ____ 日 ____ 時から、 ____ ヶ月前から、 ____ 年前から 、昨夜から 、今朝から 、 ____ から)

耳 (右・左・両)	・ 痛い ・ 耳だれ ・ 聞こえが悪い ・ 耳鳴り ・ 耳あか ・ 耳がふさがる
鼻 (右・左・両)	・ 鼻づまり ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ 味やニオイがわからない ・ 鼻血
のど	・ 痛い ・ のどがつまる ・ 舌、口の荒れ ・ 声のかすれ ・ 咳、痰
その他	・ いびきや無呼吸 ・ めまい ・ 首の腫れ ・ 顔のゆがみ ・ 異物 (耳・鼻・のど) ・ 発熱 () °C ・ その他 ()

- * 現在の様子についてお聞かせください。
水分はとれますか？ とれる ・ とれない
食欲はありますか？ ある ・ ない
おしっこはできますか？ 出る ・ 出ない
- * 周囲で流行っている病気はありますか？
☐ インフルエンザ ☐ マイコプラズマ ☐ みずぼうそう ☐ 胃腸炎 (ノロ・ロタ・その他)
☐ おたふくかぜ ☐ RSウイルス ☐ 溶連菌 ☐ その他 ()
- * 他院で処方されている薬があれば、お薬手帳をお出し頂くか、ご記入下さい。
()
- * 薬や麻酔 (病院や歯科医院での) の注射のあとに具合が悪くなったことはありますか？
ない ・ ある → ある方は、具体的に記入してください。 (いつ、薬剤、症状など)
()
- * 薬、食物アレルギーなどありますか？
ない ・ ある → ある方は、具体的に記入してください。 (いつ、薬剤・食物、症状など)
()
- * 今までに患者さんかかった病気、治療中の病気があれば○をつけて記入してください。
ぜんそく・てんかん・けいれん・中耳炎・おたふくかぜ・はしか・みずぼうそう・風疹・その他 ()
- * 今までにご家族がかかった病気があれば記入してください。
どなた () が、病名 ()
- * 来院されたきっかけは何ですか？
・ 知人・家族からのご紹介 () ・ ホームページを見て ・ 通り道で ・ 広告を見て (パンフレット、チラシ)
・ 電柱看板 ・ タウンページ ・ 近いから ・ 当院かかりつけ (前に来たことがある) ・ その他 ()

ご記入いただきました個人情報は、当院において適正に使用し、厳重に保管・処分いたします。