

小児用問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

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〇をつけてください。

いつから ()

耳 (右・左・両側)	・痛い ・かゆい ・耳だれ ・聞こえが悪い ・耳鳴り ・耳がふさがる ・耳あか
鼻 (右・左・両側)	・鼻づまり ・鼻水 ・くしゃみ ・においがわからない ・鼻血
のど	・痛い ・のどがつまる ・咳 ・痰 ・声のかすれ ・舌、口の荒れ ・味がわからない
その他	・眼がかゆい ・いびき、無呼吸 ・めまい ・首の腫れ ・顔のゆがみ ・発熱 ()℃ ・異物 (耳・鼻・のど) ・その他 ()

*現在の様子についてお聞かせください

水分は取れますか？ 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 アデノウイルス 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、ご記入ください

()

*薬や食物・麻酔薬などのアレルギーはありますか？

ない ・ ある
ある方のみ→ いつ・薬剤・食物・症状など ()

*今までに患者さんがかかった病気、治療中の病気があれば〇をつけてください。

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 ()

*来院可能な曜日に〇をつけてお答えください

	月	火	水	木	金	土	
午前 (9:30~12:30)							いつでも可能
午後 (15:00~18:30)							

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