

# 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：

令和 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☆ 診察時にお子様及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 ( )

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 ( ) °C ・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○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○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。