

小児用問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	平成 令和	年	月	日 (歳)	体重	kg
〒 住所			電話番号： 携帯番号：					

☆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。

*今回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。

今回の症状はいつからですか ()
(例：〇日・ヶ月・年前、〇月〇日から)

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(右・左・両側) ・顔のゆがみ ・発熱()℃ ・異物(耳・鼻・のど) ・関節痛 ・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)			/				不定期
午後 (15:00~18:30)			/			/	いつでも可

※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。
問診票ご記入中に順番が前後することがございますが、ご了承ください。