

ID

## 耳鼻咽喉科 問診票 小学生以下用

日付 / /

ふりがな		男・女	生年月日	平・令
氏名				年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -			
携帯番号	-	-	電話番号 ( )	-
◎ いつからですか?	年 月 日 体重 Kg			
*全身症状	・発熱 月 日から 日まで 最高 ℃ 現在の体温 ℃ (額・腋) ・だるさ ・関節痛 ・寒気 ・食事 (できる・できない・食欲なし)			
*耳 (右・左)	・痛み ・耳だれ ・きこえが悪い ・耳なり ・かゆみ ・耳垢 ・耳がふさがった感じ			
*めまい	・ぐるぐる ・ふわふわ ・嘔吐 (あり・なし)			
*鼻	・鼻づまり ・鼻水 (透明・粘い・膿のよう) ・鼻水が後ろへ垂れる ・くしゃみ ・いびき ・鼻血 (右・左) ・匂いがしない (全くしない・少し) ・鼻、鼻周辺の痛み (どのあたり? )			
*のど	・痛み ・飲み込むときの痛み ・乾いた感じ ・腫れ ・違和感 ・かすれ声 ・咳 (乾いた咳・痰のからんだ咳) ・痰 ・出血 ・息苦しい ・ものがつまる感じ (常に・飲食時) ・魚の骨がひっかかった (何の魚? )			
*口・舌	・口内炎 ・舌の痛み ・味がしない (全くしない・少し) ・しびれる			
*その他	・首の腫れ (右・左) ・耳下の腫れ (右・左) ・顔の動きが悪い (右・左)			

## Q 未就学児の方へ

*通園について	・ (保育園・幼稚園・一時保育) に通っている	・通っていない
*ご兄弟は?	・いる ( 人 → 何歳ですか 歳)	・いない

Q 他院で服用中のお薬はありますか? ( あり・なし ) ※お薬手帳をお持ちの方は一緒に提出して下さい

お薬手帳を お忘れの場合、  
薬品名が分かれば記入して下さい。

Q 薬・注射・点滴・麻酔などで体に異常が起きたことはありますか? ( あり・なし )

何の薬ですか? ・処方薬 ・市販薬 ・その他 ・薬の名前 ( )

どんな症状がありましたか? ・発疹 ・気分不良 ・嘔吐 ・ショック ・その他 ( )

Q 既往歴はありますか? ( あり・なし )

〔 〕
-----

Q 喘息はありますか? ( あり・なし )

Q 耳鼻科で手術を受けられたことはありますか? ( あり・なし )

いつですか? ( 年 月頃 ) → 耳・鼻・扁桃・声帯・その他 ( )

病名 ( ) 手術を受けた病院 ( )

Q 手術が必要な場合、いかがされますか? ( ・希望する ・できれば手術したくない ・どちらでも良い )

Q よろしければ、当院をお知りになったきっかけを教えてください

①近所 ②看板 ③HP・インターネット

④医療機関・人からの紹介 ( ) ⑤その他 ( )

