

初めてのの方に(小児用問診表)

※答えられる範囲内でお書き下さい

住所 _____



フリガナ _____ (満 才)

氏名 _____ 男・女 生年月日 平成 年 月 日生

電話 _____ 就学前の方で通園している方は○をつけて下さい
保育園・託児所・幼稚園 体重 kg

1. 本日は**どんな症状**で来院されましたか(該当する場合□の中に「✓」を記入して下さい)

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (_____ °C) (_____)内に○をつけて下さい | | |
| 耳(右・左・両方) | 鼻 | のど |
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い | <input type="checkbox"/> 鼻みず(黄色・白・透明) | <input type="checkbox"/> のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> 耳だれ | <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> せき(かわいた・たんのからんだ)
(夜多い・明け方・1日中) |
| <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い | <input type="checkbox"/> 鼻づまり(右・左・両方) | <input type="checkbox"/> たんがからむ |
| <input type="checkbox"/> TVの音量を大きくしたり
呼んでも振り向かない | <input type="checkbox"/> 鼻がのどに降りる | <input type="checkbox"/> 声がかすれる |
| <input type="checkbox"/> 耳がふさがった感じ | <input type="checkbox"/> 鼻血がでる(右・左) | <input type="checkbox"/> つかえ感、異物感 |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい | <input type="checkbox"/> においがわからない | <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれる |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 物が飲み込みにくい |
| <input type="checkbox"/> 耳あかを取ってほしい | <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> その他(具体的に書いて下さい) | <input type="checkbox"/> 目やにが出る | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| | | <input type="checkbox"/> いびき、無呼吸 |



2. 上記の症状はいつから始まりましたか(_____)

3. 現在、上記の症状に対して他の医院、病院で治療を受けていますか
①受けていない ②受けている ②の方(病名 _____ 院名 _____)
服薬中の薬(_____)いつから左記の薬をのんでいますか(_____)



4. 上記の症状以外で**治療中の病気や今までにかかった病気、手術**にしろしをつけて下さい
花粉症 アレルギー性鼻炎 滲出性中耳炎 急性中耳炎(耳鼻科の手術) _____)
喘息 アトピー てんかん 熱性けいれん 心臓病 腎臓病 _____)
その他(病名 _____) (内服中の薬 _____)



5. **食物アレルギー**はありますか いいえ
はい 牛乳 卵 その他(_____)

6. **薬のアレルギー**はありますか
ない ある…**Ⓐ**抗生剤(_____) **Ⓑ**ピリン等(風邪薬) **Ⓒ**ヨード(イソジン)
Ⓓその他(_____)

7. かぜ薬や花粉症の薬をのんで**眠**くなりますか いいえ
はい(非常に眠くなる 少しなる) 薬品名(_____)

8. **くすり**で**胃腸の調子**が悪くなりますか
いいえ 胃が荒れやすい 抗生剤をのむと下痢することがある 抗生剤をのむとほとんど下痢する

9. **のめるタイプ**の薬にしろしをつけて下さい
水薬 粉薬 錠剤 カプセル 何でも飲める

10. **苦くてのめない薬**があればその名前を教えてください(_____)

11. その他、**ご要望**があれば項目に○をつけるか、**ご要望事項**をお書き下さい
(聴力検査、アレルギーの検査、採血によるアレルギーの原因検査、漢方治療など)



ご記入ありがとうございました

・当院では、患者様の個人情報を厳重に管理させていただきます。
・患者様のご承諾がない限り、記載された個人情報を第三者に開示致しません。