

問 診 票 (小児用)

急に連絡が必要になることがありますので、保護者の方の携帯電話もご記入お願いします。

フリカナ 氏 名		男・女	
生年月日 (平・令)	年	月	日 (才 ヶ月)
住 所			
電話 ()	—	携帯電話 ()	—

(1) どんな症状ですか？(口のなかにしるしをつけて下さい。)

- | ◎耳 (右・左・両方) | ◎鼻 | ◎のど |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> 耳だれが出る | <input type="checkbox"/> 鼻水がでる | <input type="checkbox"/> せき |
| <input type="checkbox"/> きこえが悪い | <input type="checkbox"/> 鼻づまり | <input type="checkbox"/> たん |
| <input type="checkbox"/> 耳がふさがった感じ | <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 声がかすれる |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい | <input type="checkbox"/> 鼻出血 | <input type="checkbox"/> いがらっぽい |
| <input type="checkbox"/> 耳あか | <input type="checkbox"/> ニオイがわからない | <input type="checkbox"/> 異物感、つかえ感 |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 鼻ののどにおりる | <input type="checkbox"/> よく扁桃腺がはれる |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> いびきが大きい | |
| その他 () | | |

(2) いつ頃からですか？(具体的にお書き下さい)

(3) 今回の症状で、他の病院で治療を受けたことがありますか？ いいえ はい

(4) 現在ほかの病気で、病院にかかっていますか？

かかっていない かかっている(病名)

(5) 今現在飲んでるお薬はありますか？ いいえ はい(薬名)

(6) 今までに次の病気の治療や手術を受けたことがありますか？

- ない ある/中耳炎 ちくのう症 アレルギー性鼻炎 ぜんそく アトピー
心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病 輸血
その他 ()

(7) 薬剤アレルギーや食物アレルギーはありますか？

ない ある(□薬剤名: □食物名:)

(8) 新生児からの乳児期栄養について

ミルクが主 母乳が主 ミルクと母乳混合

(9) 保育所などの集団保育について

無し 有り(___歳 ___ヶ月から ___歳 ___ヶ月まで)

(10) 飲めない薬の形態があればご記入ください。

粉 錠剤 シロップ 1日3回内服(できる・できない)

当院よりの案内などを送らせていただくことがあります。もし案内などを希望されない場合は にチェックをしてください。 案内などを希望しない

◎ 当院を何でお知りになりましたか？

TVラジオ広告 知人より 看板 新聞 インターネット その他()