

耳鼻咽喉科 問診票 (こども用: 10歳まで)

記入日: 年 月 日

お名前 ( ) 体重 ( ) kg

下記の事項に記入またはあてはまるものを○で囲んでください。

① 今日はどこがどのように具合が悪いのですか？

- ・みみ ( 右 ・ 左 ) ( 耳痛 耳だれ 聞こえにくい 耳あか )
- ・はな ( 鼻水 鼻づまり 鼻血 鼻がにおう )
- ・のど ( 痛い 声がかすれる 空咳 痰のからむ咳 いびき )
- ・くび ( 腫れている グリグリが触れる )
- ・かお ( 麻痺している 腫れている )
- ・熱が出た ( . °C ) ・機嫌が悪い
- ・その他 ( )

② ①の症状はいつごろからですか？

( ) から

お薬手帳や説明書も  
お持ちでしたら  
提出お願いします。

③ ここ1か月以内で抗菌薬 (=抗生物質・抗生剤) を内服していましたか？

- ・いいえ ・はい (内容: \_\_\_\_\_ を \_\_\_ 月 \_\_\_ 日から \_\_\_ 月 \_\_\_ 日まで内服)

④ 現在治療中の病気や今までにかかった病気を教えてください。

- ・ない
- ・ある (アレルギー性鼻炎 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 その他: \_\_\_\_\_ )

⑤ 現在内服中のお薬があればご記入お願いします。(手帳をお持ちでしたらそちらでOKです)

( \_\_\_\_\_ )

⑥ アレルギー: 食べ物やお薬でアレルギーを起こしたことはありますか。

- ・ない ・ある (食べ物: \_\_\_\_\_、おくすり: \_\_\_\_\_ )

⑦ ・出生体重: \_\_\_\_\_ g ( \_\_\_\_\_ 週で出生)

・乳児期の栄養方法 ( 完全母乳 混合 完全ミルク ) (母乳は \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月まで)

・兄弟はいますか？ ( いない ・ いる: \_\_\_\_\_ 人兄弟の \_\_\_\_\_ 番目 )

・保育園や幼稚園の通園 ( なし ・ あり: \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月から )

※ありの方 ⇒ 園での内服は可能ですか？ ( 可 ・ 不可 )

・ワクチンを打ちましたか？ ( 肺炎球菌 ・ ヒブ ・ おたふくかぜ )

・同居するご家族に喫煙する方はいますか？ ( いない ・ いる: 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 )

※いる方 ⇒ 喫煙場所は？ ( 家の中 ・ 家の外 )

★ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた情報は診療の範囲のみで活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。