

耳鼻咽喉科 問診票 (こども用: 10歳まで)

記入日: 令和 年 月 日

お名前() 体重()kg 体温()℃

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 (. ℃) ・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

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 新型コロナウイルス感染症 (時期)

その他:



お薬手帳や説明書をお持ちでしたら提出をお願いします。

⑤ 現在内服中のお薬があれば記入をお願いします。(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 この1年間で健診を受診しましたか。 ※

- ・いいえ ・はい (指摘事項: _____)

⑧ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。

- ・いいえ ・はい

⑨ ・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。

※マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。

阪南市民病院 耳鼻咽喉科