


耳鼻咽喉科問診表

子供用 HP

Yoshikawa E.N.T & Eye Clinic


フリガナ


| | | | | | | |
|------|---------|----|---|----|----|-----|
| 名前 | 男・女 | 身長 | cm | 体重 | kg | |
| 生年月日 | T・S・H・R | 年 | 月 | 日(| 才 | ヶ月) |
| 住所 | 〒 | - | 電話番号 | | | |
| | | |  | | | |


いつ頃から具合が悪いですか？

[]日前から []ヶ月前から []年前から

いちばん困っている症状はなんですか？

| | |
|---|--|
|  | 痛い[右・左] かゆみ[右・左] 耳だれ[右・左] |
| | 耳がにおう[右・左] 耳周囲の腫れ 耳あか 異物を入れた 聴こえについて相談したい |

| | |
|---|-------------------------|
|  | 痛い 鼻水 鼻すすり 鼻づまり くしゃみ 鼻血 |
| | 異物を入れた |

| | |
|---|---------------------------|
|  | 痛い 苦しい 咳 口内炎 声かれ 魚の骨が刺さった |
| | 異物を飲み込んだ いびき |

| | |
|-----|--------------------------|
| その他 | 熱がある ℃ 頭痛がする 体がだるい 関節が痛い |
| | 周囲で流行している感染症がある |

上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。

詳しい検査を希望しない場合はチェックをしてください。

私は詳しい検査を希望しません。

検査が不要であることを必ず医師にお申し出ください。

ある ・ ない もしくは **該当するものに○をつけ**
それぞれの詳細を記入してください。

現在治療中の病気はありますか？ **ある ・ ない**

喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 中耳炎 かぜ症状
その他

過去に治療をした病気はありますか？ **ある ・ ない**

熱性けいれん おたふく 水ぼうそう 喘息 アレルギー性鼻炎 中耳炎
その他

現在服用しているお薬はありますか？ **ある ・ ない**

お薬の名前がわかる方はご記入ください。

薬や卵・牛乳などのアレルギーはありますか？

ある

薬剤・食物（卵・牛乳）

症状

・ない

予防接種しているものに○をつけてください。

麻疹 風疹 破傷風 ジフテリア ポリオ 水ぼうそう おたふく
日本脳炎 百日咳

その他なにか伝えておきたいことがあれば、記入してください。

既往歴など

当院をなにで知りましたか？

電柱看板 ・ 駅看板 ・ インターネット ・ 家族の紹介 ・ 知人の紹介
他院からの紹介（病院名 ） ・ その他