

小児問診票

ふりがな

お名前 _____ (男・女) 生年月日 H R 年 月 日 歳

〒

住所 _____

電話 ()

携帯 ()

体重 _____ kg 身長 _____ cm 体温 _____ °C

★いつから症状が出ましたか _____ 日前から _____ 週前から _____ 月前から

★お子様が通われているのは? () 保育園 ・ 幼稚園
小学校 ・ 中学校

★どのような症状ですか

耳掃除希望

耳を気にする (右・左)	鼻水 (水様性・黄色・ねばねば)	のどが痛い
耳が痛い (右・左)	鼻がつまる	痰がでる
耳がつまる (右・左)	くしゃみ	痰からむ咳・から咳
耳がかゆい (右・左)	鼻がのどに落ちる	のみこみにくい
みみだれ (右・左)	においがしない	声がかれる
聞こえが悪い (右・左)	鼻血 (右・左)	食事/水がとれない
耳鳴り (右・左)	ほほ・おでこが痛い	息が苦しい
めまい (ぐるぐる・ふわふわ)		のどの違和感
耳の下がはれる	くびがはれる	頭痛
その他 ()		いびき・無呼吸

★体に合わない薬・食物 薬 () 食物 ()

★現在治療中、またはかかったことのある病気は

中耳炎 副鼻腔炎 熱性けいれん ぜんそく 川崎病

肺炎 先天性の疾患 発達障害

その他 ()

★いつも飲んでいる薬 ()

★今まで受けた手術、入院

入院 _____ 歳 病名 ()

手術 _____ 歳 病名 ()

★何を見て当院を知りましたか?

紹介 (家族 知人 医療機関) ホームページ 検索サイト
看板 (駅 電柱) その他 ()

★お薬手帳 (持参・持参せず・なし)