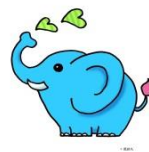


乳 幼 児 問 診 票



はせぞーくん

平成 年 月 日

氏名 姓 名 年齢 性別

この問診票は、診察する上で大切な資料となります。わかる範囲で詳しく教えてください。

【 今日 は どこ が ・ どの よう な 症 状 で 来 院 さ れ ま し た か ？ 】

下記の項目で該当する 症状 に ○印 をつけて下さい。

耳	○	右	○	左	鼻	○	右	○	左	のど
☐ ・耳が痛い					☐ ・鼻がつまる					☐ ・のどが痛い
☐ ・耳だれが出る					☐ ・鼻水が出る					☐ ・のどがつまる
☐ ・耳が聞こえにくい					☐ ・くしゃみが多い					☐ ・扁桃が悪い
☐ ・耳がつまる					☐ ・頭が痛い（重い）					☐ ・口の中が痛い
☐ ・めまいがする					☐ ・ニオイがよくわからない					☐ ・舌が碍れている
☐ ・耳鳴りがする					☐ ・鼻血が出る					☐ ・声が出にくい

現在の体温は？ ℃症状はいつからですか？ その他 症状 があればお書き下さい。 次に 下記の項目 に当てはまるものがあれば ○印 ・ 記入 をお願いします。

- ① 今までにかかった大きな病気に ○印 をつけて下さい。

☐	じんましん	☐	喘息	☐	心臓病	☐	腎臓病	☐	肝臓病
☐	その他								

- ② けいれんを起こしたことはありますか？

☐	はい	☐	いいえ
-----------------------	----	-----------------------	-----

- ③ 食物アレルギーはありますか？

☐	はい	☐	いいえ
-----------------------	----	-----------------------	-----

※ はい の方はあるものに ○印 をして下さい。

☐	卵	☐	海藻	☐	鶏肉
☐	大豆	☐	その他		

- ④ 他の病院で最近治療を受けていますか？

☐	はい	☐	いいえ
-----------------------	----	-----------------------	-----

※ はい の方は 病院名 ・ 病名 を記入して下さい。

病院名	
病名	

問診票

- ⑤ 保育状況についてお聞きします。当てはまるものに ○印 をつけて下さい。

☐	保育園に通っている	☐	幼稚園に通っている	☐	自宅育児
☐	その他				

- ⑥ 兄弟・姉妹がいますか？

☐	はい	☐	いいえ
-----------------------	----	-----------------------	-----

- ⑦ 今までにかかった耳鼻科の病気に ○印 をつけて下さい。

☐	急性中耳炎	☐	滲出中耳炎	☐	副鼻腔炎	☐	アレルギー性鼻炎
-----------------------	-------	-----------------------	-------	-----------------------	------	-----------------------	----------

- ⑧ アレルギーと診断された方で原因のわかる方は ○印 をつけて下さい。

☐	ハウスダスト	☐	スギ	☐	ヒノキ	☐	ブタクサ	☐	ダニ	☐	わからない
☐	その他										

- ⑨ 鼓膜切開を受けたことがありますか？

☐	はい	☐	いいえ
-----------------------	----	-----------------------	-----

※ はいの方は どちらの耳か ○印 をつけて下さい。

☐	右	☐	左	☐	わからない
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	-------

※ 何回受けたことがありますか？

	回	☐	わからない
--	---	-----------------------	-------

- ⑩ 鼓膜チューブを入れたことがありますか？

☐	はい	☐	いいえ
-----------------------	----	-----------------------	-----

※ はいの方は どちらの耳か ○印 をつけて下さい。

☐	右	☐	左	☐	わからない
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	-------

※ 何回受けたことがありますか？

	回	☐	わからない
--	---	-----------------------	-------

- ⑪ 抗生剤で下痢・湿疹など症状が出たことがありますか？

☐	はい	☐	いいえ
-----------------------	----	-----------------------	-----

※ はいの方は 薬名・症状 を記入して下さい。

薬名	
症状	

- ⑫ その他の薬で下痢・湿疹など症状が出たことがありますか？

☐	はい	☐	いいえ
-----------------------	----	-----------------------	-----

※ はいの方は 薬名・症状 を記入して下さい。

薬名	
症状	

- ⑬ その他のご質問・ご要望があればご記入下さい。
