

年 月 日

# 耳鼻咽喉科 問診票【小児用】

No.

◎この問診票は診察の際必要となりますので、分かる範囲でご記入ください。

◎紹介状をご持参の方は、受付にお出しください。

◎感染症や発疹など、気になる点のある方は、受付にお申し出ください。

フリガナ

氏 名： \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 体 重： \_\_\_\_\_ g ・ k g

生年月日： 平成 ・ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月

住 所： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_

( 緊急連絡 TEL： \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 保育所・保育園・こども園・幼稚園・小学校 ( \_\_\_\_\_ ) 年 ( \_\_\_\_\_ ) 組  
兄弟・姉妹はいますか？ いる ・ いない

1. 今日ほどこの具合が悪くて来院されましたか？ ○をつけて下さい。  
・耳 ・ 鼻 ・ 口 (舌) ・ のど ・ 首 ・ 発熱 ・ めまい ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
2. どのような症状がありますか？  
( \_\_\_\_\_ )
3. その症状はいつからありますか？  
( \_\_\_\_\_ )
4. 今まで耳鼻科を受診した事がありますか？ ( はい ・ いいえ )  
はいの方 ☞ その時の病名は？ ( \_\_\_\_\_ )
5. 3歳7か月検診は受けましたか？ ( はい ・ いいえ ) その時の診断名は？ ( \_\_\_\_\_ )
6. 新生児聴力検査は受けましたか？ ( はい ・ いいえ )
7. 今までに、下記の病気を指摘された事がありますか？ ( はい ・ いいえ )  
・喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 肺炎  
・扁桃炎 ・ アデノイド ・ 副鼻腔炎 ・ 心臓病 ・ 腎臓病
8. 上記以外で今までにかかった病気、手術等がありますか？ ( はい ・ いいえ )  
( はいの方は、記入してください ☞ \_\_\_\_\_ )
9. 下記の事項にお答え下さい。  
☆薬や注射で具合が悪くなった事がある。 ( はい ・ いいえ )  
☆血が止まりにくい。 ( はい ・ いいえ )  
☆現在、服用されている薬があれば記入して下さい。 ( \_\_\_\_\_ )  
☆耳鼻科かかりつけが当院以外にもある方は、記入してください。 ( \_\_\_\_\_ )
10. マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ ( はい ・ いいえ )  
当院では診療情報を取得活用することにより質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得活用するためマイナ保険証の利用にご協力お願い致します。