

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・幼稚園・小学校 (_____) 年 (_____) 組
兄弟・姉妹はいますか？ いる ・ いない

1. 今日はどこ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. その他、何かありましたらご記入ください。
(_____)
11. 2018年4月より、医療費明細書の発行が義務付けとなりました。希望されない方は、チェックを付けてください。 ☞