

耳鼻咽喉科問診表

子供用

Yoshikawa E.N.T & Eye Clinic

フリガナ
名前

男 ・ 女

身長

cm

体重

kg

生年月日 H 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？

 耳	痛い[右・左] かゆみ[右・左] 耳がにおう[右・左] 耳だれ[右・左] 耳の周囲の腫れ 異物を入れた 耳あか 聴こえに関して相談したい
--	--

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

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

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 学校健診で耳鼻科受診を勧められた
-----	--

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☑をしてください。

☐ 詳しい検査を希望しません。

検査不要であることを必ず医師にお申し出ください。

家族の紹介 ・ 知人友人の紹介 ・ 他院からの紹介 ・ その他