

耳鼻咽喉科問診表

子供用 **HP**

Yoshikawa E.N.T & Eye Clinic

フリガナ
名前 男・女 身長 cm 体重 kg


生年月日 T・S・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？

	痛い[右・左] かゆみ[右・左] 耳だれ[右・左] 耳がにおう[右・左] 耳周囲の腫れ 耳あか 異物を入れた 聴こえについて相談したい
---	--

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

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

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
-----	---

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チェックをしてください。

私は詳しい検査を希望しません。

検査が不要であることを必ず医師にお申し出ください。

裏面も記入してください→

ある ・ ない もしくは **該当するものに○をつけ**
それぞれの詳細を記入してください。

現在治療中の病気はありますか？ **ある ・ ない**

喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 中耳炎 かぜ症状
その他

過去に治療をした病気はありますか？ **ある ・ ない**

熱性けいれん おたふく 水ぼうそう 喘息 アレルギー性鼻炎 中耳炎
その他

現在服用しているお薬はありますか？ **ある ・ ない**

お薬の名前がわかる方はご記入ください。

薬や卵・牛乳などのアレルギーはありますか？

ある

薬剤・食物（卵・牛乳）

症状

・ ない

予防接種しているものに○をつけてください。

麻疹 風疹 破傷風 ジフテリア ポリオ 水ぼうそう おたふく
日本脳炎 百日咳

その他なにか伝えておきたいことがあれば、記入してください。

既往歴など

当院をなにで知りましたか？

電柱看板 ・ 駅看板 ・ インターネット ・ 家族の紹介 ・ 知人の紹介
他院からの紹介（病院名 ） ・ その他