

小児問診票

しげのぶ耳鼻咽喉科アレルギー科

記入日 年 月 日

| | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------|----------------|
| 郵便番号： ー | | | |
| 住所： | 電話番号： | | |
| ふりがな お名前 (男・女) | 生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳) | | |
| 身長 () cm | 体重 () kg | 体温 () °C | 集団生活 (無 ・ 有) |

1、本日はどのような症状で受診を希望されますか？
()

2、それはいつから始まりましたか？
()

3、薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？
・ない ・ある → ()

4、食べ物などのアレルギーはありますか？
・ない ・ある → ()

5、現在医師の治療を受けたり、内服している薬がありましたらご記入ください。
・ない ・ある ()

6、今までにかかった病気・または治療中の病気があれば○をつけてください
・アレルギー性鼻炎 ・中耳炎 ・ぜんそく ・アトピー性皮膚炎 ・じんましん ・熱性けいれん ・てんかん
・その他 ()

7、今までに手術を受けたことがありますか？
・ない ・ある ()

8、薬の服用は
・ 1日に2回が限界 / 1日3回飲む
・ 粉薬 / シロップ / 錠剤
・ 解熱剤は 要 / 不要 、 座薬 / のみ薬

9、当院をお知りになったきっかけをおしえてください
・チラシ ・ホームページ ・家族 ・知人 ・近所 ・通りがかり ・他院からの紹介
・その他 ()