

♪ 小児用 いずみ耳鼻咽喉科・アレルギー科 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな	男 ・ 女	平成	年	月	日生	身長	cm
お名前		(満	歳	ヶ月)	体重	kg	
ご住所〒		自宅番号		( )			
		携帯番号		( )			
通園・通学について (学校名： ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・通っていない							
希望の薬はありますか? (粉・シロップ・錠剤・カプセル・どれでも飲める)							
解熱剤の処方希望はありますか? いいえ / はい → (座薬・粉・錠剤)							

●どのような症状がみられていますか? 当てはまる項目に○をつけてください。

👂 耳(右・左・両方)	痛い、かゆい、耳だれ、耳あか、聞こえにくい、耳の下が腫れている、 その他( )
👃 鼻(右・左・両方)	鼻水(水っぽい、ねばねば、色のついた)、鼻づまり、くしゃみ、鼻血(右・左)、花粉症、 その他( )
👄 口・のど 舌・首	痛い、せき、たん、声がれ、腫れ、いびき、無呼吸、乾く、口内炎、魚の骨が刺さった、 その他( )
その他	発熱( °C)、吐き気、腹痛、下痢、発疹、だるい その他( )

- 複数の症状がある方 → 上記の症状の中で、一番気になる症状は何ですか? ( )
- その症状はいつからですか? ( )
- 人にうつる病気を疑っていますか? ( いいえ / はい → )
- 現在、あなたのお子さんの周囲で、流行っている病気はありますか? ( いいえ / はい → )
- 希望する検査や治療はありますか? ( )
- 薬(内服、注射、局所麻酔薬(特にキシロカイン)など)に対する副作用・アレルギーはありますか?  
なし ・ ある (薬剤名/どんな症状がでたか: )
- 食べ物やその他(花粉・ダニ・ハウスダスト・動物など)に対するアレルギーはありますか?  
なし ・ ある (内容/どんな症状がでたか: )
- これまでにかかった病気はありますか? または現在、治療中の病気がありますか?  
なし ・ ある (内容: )
- 現在、内服中の薬はありますか? 《注: お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示ください》  
なし ・ ある

薬の名前
(処方されている病院・医師名: )

※ 舌下免疫療法でご受診のお子様は別紙のご記入もあります。受付までお声かけください。