

♪ 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。