

# みみ・はな・のど オレンジクリニック 問診票 (小児)

(フリガナ)

氏名

生年 月 日 H 年 月 日

住所

電話番号

希望する薬 (つぶ・粉・シロップ)

体重

kg

## 1. 本日はどのような理由で来院されましたか?

①熱はありますか? ない・ある (昨日 \_\_\_\_\_ °C・今日 \_\_\_\_\_ °C)

②鼻出血がある (右・左・両方)

⑩耳が痛い (右・左・両方)

⑰頭が痛い

③鼻がつまる (右・左・両方)

⑫きこえが悪い (右・左・両方)

⑱のどに骨がささった

④鼻水が出る (透明・色つき)

⑫きこえが悪い (右・左・両方)

⑲食欲の低下

⑤目がかゆい・目やにが出る

⑬耳鳴りがする (右・左・両方)

⑳きげんが悪い

⑥せきが出る (日中・夜)

⑭耳だれが出る (右・左・両方)

㉑その他

⑦たんがからむ

⑭耳だれが出る (右・左・両方)

⑧のどが痛い

⑮耳がかゆい (右・左・両方)

⑨吐け・嘔吐している

⑩腹痛・下痢をしている

⑯耳あかそうじ

## 2. いつごろから症状がありますか?

( \_\_\_\_\_ )

## 3. 今一番つらい症状はなんですか?

( \_\_\_\_\_ )

## 4. 次の病気をもっていますか?

①気管支喘息

②アレルギー性鼻炎

③滲出性中耳炎

④アトピー性皮膚炎

⑤慢性副鼻腔炎

## 5. 今まで薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか?

ない ・ ある それは何ですか? ( \_\_\_\_\_ )

## 6. 現在お飲みになっている薬はありますか?

ない ・ ある (薬の名前: \_\_\_\_\_ )

## 7. 何か医師や看護師に相談しておきたいことはありますか?

例: 治療中の病気、手術歴など

( \_\_\_\_\_ )