

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	西暦	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） | ⑪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耳鳴りがする（右・左・両方） | ⑲食欲の低下 |
| ⑤目がかゆい・目やにが出る | ⑬耳だれが出る（右・左・両方） | ⑳きげんが悪い |
| ⑥せきが出る（日中・夜） | ⑭耳がかゆい（右・左・両方） | ㉑その他
() |
| ⑦たんがからむ | ⑮耳あかそうじ | |
| ⑧のどが痛い | | |
| ⑨吐け・嘔吐している | | |
| ⑩腹痛・下痢をしている | | |

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

()