

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 R 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発熱 現在 _____ °C

いつから発熱がありましたか? (_____)

解熱剤を使用しましたか? (使用していない・使用した _____ 時)

②鼻水が出る (透明・色付き)

⑬耳がかゆい (右・左・両方)

③鼻水がのどに落ちる

⑭耳が痛い (右・左・両方)

④鼻が詰まる

⑮耳だれが出る (右・左・両方)

⑤咳が出る (痰がらみ・乾燥・咳あげ)

⑯耳鳴りがする (現在も続いている・一時的)

⑥のどが痛い

どんな音がしますか → (_____)

⑦声がかすれる

⑧下痢・嘔吐 (水分摂取 可・不可)

⑰聞こえが悪い (右・左・両方) (いつから _____)

⑨鼻血が出る (右・左・両方)

⑱骨がのどに刺さった

⑩目がかゆい (コンタクト有・無)

⑲その他 (_____)

⑪耳あかそうじ

⑫頭が痛い (全体・おでこ)

2. お薬手帳をお持ちですか? ない ・ ある

お持ちの方はお出してください。

3. 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: _____)

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. 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

(_____)