

耳鼻科外来を初めて受診される方へ

受診日：平成 年 月 日

ふりがな

住所：

氏名：

TEL：

性別：男・女

体重： Kg

年齢： 歳

保育園：

◆今日は、どこの具合が悪くて受診しましたか？ □にチェックをしてください。

□耳 □聞こえが悪い □耳鳴りがする □つまった感じがする □痛い
□耳ダレが出る □めまいがする □出血する

□鼻 □くしゃみ □鼻水がでる □鼻がつまる □鼻水がのどにおりる
□鼻血がでる □においがしない □痛い

□のど □痛い □セキ・タンがでる □違和感がある
□声がかすれる □飲みこみにくい

□その他 □発熱 □頭痛・頭重感 □ほっぺたの違和感
□いびき □味がしない □目のかゆみ

◆上記以外の症状があれば書いてください。 _____

◆それはいつからですか？ _____

◆今までに、かかった病気や受けた手術がありましたら全部書いてください。

_____ 歳ごろ _____
_____ 歳ごろ _____

◆今のんでいる薬がありますか。 □ある ……どこでもらいましたか？

⇒ _____

□ない

◆ぜんそくはありますか。 □ある □ない

◆薬などでアレルギー（副作用）がでたことがありますか。

□ある ……（アレルギーを起こしたもの・症状を詳しく）

⇒ _____

□ない

◆タバコ □吸う 本/日・ 年 □吸わない

◆お酒 □飲む /日・ 年 □飲まない

※女性のみ …… 妊娠・授乳について

□妊娠の可能性がある □妊娠している □妊娠していない

□現在、授乳をしている □現在、授乳をしていない

☆ 初 診 問 診 票 ☆

ふりがな お名前		年齢	才	か月	身長	cm
		体重		kg	体温	°C

【 今日はどうされましたか？ 】 母子手帳（有・無）

- 診察
 定期受診
 紹介受診

【 症状があるところは□にチェックをお願いします 】

● 熱	□熱	いつから	月	日	時頃～	_____°C
		解熱剤使用	（ あり ・ なし ）		（使用時間： _____）	
	□けいれん	既往	（ あり ・ なし ）			
		ダイアアップ使用	（ あり ・ なし ）		（使用時間： _____）	
	□頭痛	いつから	月	日	（部位： _____）	軽度・重い・ガンガン・ズキズキ

● のど・鼻・耳・目	□のど痛	いつから	月	日		
	□鼻水	いつから	月	日	（透明・白色・黄色・緑色）	
	□耳だれ					
	□耳が痛い	（ 右 / 左 ）				
	□めやに	（ あり ・ なし ）				
	□目の症状	（赤い・痛い・涙目・その他 _____）				

● 胸	□せき	（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	（SPO2: _____ %）
	（痰がらみ・ゼーゼー・息苦しい・咳込み・から咳）：（夜間・早朝・昼・寝前・常に）		
	□胸の痛み	（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	

● お腹	□嘔吐	いつから（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	（ 1日 _____回 ）
		最終嘔吐は？	（ _____ 月 _____ 日 時頃 ）
	□嘔気	（ あり ・ なし ）	
	□下痢	いつから（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	（ 1日 _____回 ）
		便状（水様・泥状・普通・血便・便が出ず）	
	□おむつかぶれ	（ あり ・ なし ）	
	□便秘	いつから（ _____ 月 _____ 日 頃より ）	（ _____日に1回 ）
	□腹痛		

● 皮膚	□皮膚	状態（ 乾燥・かゆみ・発疹・発赤・ただれ・ジュクジュク・水ぶくれ ）
		部位（ _____ ）

□その他	{ _____ }
------	-----------

☆ 必ず記入をお願いします ☆	
【 食事 】 食欲	（ なし / あり ）
	水分 （ とれる / とれない ）
【 現在飲んでいる薬はありますか？ 】	（ なし / あり ）
【 お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ 】	（ なし / あり： _____ ）
【 周囲で具合の悪い方はいますか？ 】	（ いない / いる： _____ ）