

問 診 票

フリガナ

氏 名

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日

〒 — TEL — —

携帯 — —

住所

症状はいつからですか？

困っている症状を教えてください。

現在治療している病気はありますか？

(内服中の薬がある方はご記入ください)

該当の箇所に○、あるいは年齢疾患名などを記入する

家族歴：

慢性中耳炎 (あり-父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、父、母、兄、姉、弟、妹、他、なし、不明)
 慢性鼻副鼻腔炎 (あり-父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、父、母、兄、姉、弟、妹、他、なし、不明)
 アレルギー性鼻炎 (あり-父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、父、母、兄、姉、弟、妹、他、なし、不明)
 気管支喘息 (あり-父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、父、母、兄、姉、弟、妹、他、なし、不明)
 アトピー性皮膚炎 (あり-父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、父、母、兄、姉、弟、妹、他、なし、不明)
 その他の疾患 (あり-父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、父、母、兄、姉、弟、妹、他、
 疾患名 なし、不明)

既往歴：

急性中耳炎 (あり-初回 歳 ヶ月、今までに 回、なし、不明)
 気管支肺炎 (あり-初回 歳 ヶ月、今までに 回、なし、不明)
 滲出性中耳炎 (あり-初回 歳 ヶ月、今までに 回、なし、不明)
 鼻副鼻腔炎 (あり-初回 歳 ヶ月、今までに 回、なし、不明)
 アレルギー疾患；気管支喘息 (あり-初発 歳 ヶ月、なし、不明)
 アトピー性皮膚炎 (あり-初発 歳 ヶ月、なし、不明)
 アレルギー性鼻炎 (あり-初発 歳 ヶ月、なし、不明)
 食物アレルギー (あり-食品名 なし、不明)
 薬剤アレルギー：あり(薬剤名) なし、不明
 先天性疾患 (あり-疾患名 、なし、不明)
 その他の疾患 (あり-疾患名 歳 ヶ月、なし、不明)
 入院歴 (あり-疾患名 歳 ヶ月、なし、不明)
 よく熱を出す・熱を出しやすい (あり、なし、不明)

生育・生活歴：

出生について-出生時体重 g、 週で出生(満期産(37-42週)予定日より 日(週)早い、遅い)
 新生児から乳児期の栄養-ミルクが主、母乳が主、ミルクと母乳が混合
 保育所などの集団保育参加(あり 歳 ヶ月から 歳 明記、なし、不明)
 兄弟姉妹の有無 (兄2名なら2名分を記載) (あり-兄 歳、姉 歳、妹 歳、弟 歳、なし)
 同居家族 (父、母、兄、弟、姉、妹、父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、その他)
 家族の喫煙 (あり なし)

症状

①耳症状

耳が痛い・耳を痛がる (あり、なし、不明) 乳幼児の場合 耳をよく触る(あり、なし、不明)
 年長児以上の場合 耳閉感 (あり、なし、不明) きこえが悪い (あり、なし、不明)
 音がひびく (あり、なし、不明) 拍動性耳鳴 (あり、なし、不明)
 耳漏の有無 (あり、なし、不明) ふらつき (あり、なし、不明)

②全身状態

かぜ症状(上気道炎症状) (あり、なし、不明) 熱 (あり、なし、不明)
 咳 (あり、なし、不明) 鼻汁・鼻閉 (あり、なし、不明)
 嘔吐・吐き気 (あり、なし、不明) 下痢 (あり、なし、不明)
 機嫌が悪い・だるい・元気がない (あり、なし、不明)