希望の医師に〇をお願いします

院長　・　2診医師　・　どの医師でも可

※｢どの医師でも可｣ですと待ち時間が少ない医師でご案内します

※｢どの医師でも可｣ですと、待ち時間が少ない医師でご案内します。

奏の杜耳鼻咽喉科クリニック

子供のいびき・無呼吸　問診票

ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診察券をお持ちの方

氏名：　　　　　　　　　　　　　　診察券番号：　　　　　　　　　体重　　　　kg

◇ 今回いびき、無呼吸に関しまして、来院された理由をお聞かせください。

◇ その症状はいつ頃からありますか？　　　　ヶ月前より、　　　年前より、　　　才頃より

●該当するものに丸を付けてください。

・睡眠中にいびきをかきますか？　　　　 ・いいえ　　　 ・たまにかく 　・はい

　　 それは週のうち何回ほどですか？　 ・1回くらい　 ・2, 3回　 ・4, 5回　 ・ほぼ毎日

いびきをかくのは風邪を引いていたり、鼻の調子が悪いときだけですか？

　　　　　　　　　　　　　　　 ・はい 　・恐らくそう　・わからない ・いいえ

・日中は眠そうにしていますか？　　　　 ・いいえ　 ・どちらとも言えない　 　・はい

・寝起きはよい方ですか？　　　 ・よい 　 ・どちらとも言えない 　・悪い

・イライラしやすい方ですか？　　　　 ・いいえ　　・どちらとも言えない 　　・はい

・昼寝が必要ですか？　　　 ・いいえ　　 　・時々　 ・はい

・首を反り返らせて寝ることはありますか？ ・いいえ　 ・時々　 ・わからない　　・はい

・枕を高くして寝るなど、異常な姿勢で寝ることは多いですか？

　　　　　　　　　　　　　　　 ・いいえ 　 ・時々　 ・わからない　 ・はい

・仰向けで寝るのを好まず、必ず横向きで寝るような傾向はありますか？

　 ・いいえ　 ・時々 ・わからない 　・はい

◆ 今回の症状で飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし 　★あり ※お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲でお薬の名前をご記入下さい。

　　月　　日より内服、 　日間処方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

【ここから下は、初診の方・変更がある方はご記入ください】

◇ 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか？

**なし**　アレルギー性鼻炎　緑内障　前立腺肥大　高血圧　糖尿病　喘息　脳梗塞　脳出血

けいれん　心臓疾患(病名:　　　　　　　　) 心療内科の病気(病名:　　　　　　 　　　　)

その他（　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◇ 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか？

なし　 あり （病名：　　　　　　　　　　　 ）

◇ 薬にアレルギーはありますか？

なし　 あり （薬名：　　　　　　　　　　　 ）

◇ 現在、継続して飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし ★あり （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

※ご記入ありがとうございました。受付時にお渡し下さいませ。　　　　　　　　　　　　DL用