

## 奏の杜耳鼻咽喉科クリニック

希望の医師に○をお願いします

院長 ・ 2 診医師 ・ どの医師でも可

## 子供のいびき・無呼吸 問診票

※「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

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 |
| 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 |
| ・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 |
| ・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 |
| ・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 |

◆ 今回の症状で飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳も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？★お薬手帳も一緒にご提出下さいませ。

なし ★あり (薬名: \_\_\_\_\_ )

※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