

- ☐ 初来初診（初診オーダー）
- ☐ 再来（長期）6ヵ月以上
（初診判断、オーダー）
- ☐ 再来（短期）6ヵ月未満

【小児耳鼻科】問診票 大阪市立総合医療センター 小児医療センター外来

お子様のお名前（ ）フリガナ（ ）（男・女） 歳 ヶ月

★診察の前に下記の点についてご記入をお願い致します。（母子手帳を参考記入して下さい）

質問		回答欄	
(1)	本日の受診の理由	いつ頃から 年 月 日頃から どのような症状	
(2)	新生児聴覚スクリーニング検査を受けたことはありますか	☐ 受けた どこで受けましたか ☐ いいえ 生後何日目でしたか ☐ 両耳パス ☐ 片耳パス（右・左） ☐ 両耳要精検	
(3)	補聴器を使用していますか	☐ いいえ ☐ はい ☐ 以前使ったいた	
(4)	「パパかいしゃ」「マンマちょうだい」など2つの言葉をつなげて言えるようになった時期	(歳 ヶ月)	
(5)	ことばの中に助詞（が、を、は）を使うようになった時期	(歳 ヶ月)	
(6)	今までに以下の検査を受けたことがありますか	☐ 聴覚検査 (才 ヶ月) ☐ 発達検査 (才 ヶ月) ☐ 脳波検査 (才 ヶ月)	