

耳鼻咽喉科検診問診票

保護者様

耳鼻咽喉科検診の基礎資料としますので、最近のお子様の健康状態についてご記入ください。

春日井市立大手小学校長

記入日 平成25年5月 日 1年 組 番

氏名 _____

あてはまる項目に○印をつけてください。

	○印	調 査 項 目
耳		耳の聞こえが悪い(呼んでも返事をしない)
		耳なりがする
		耳だれがでる
鼻		鼻がよくつまる
		くしゃみや鼻みずがよく出る
		鼻血が出やすい
		においがわからない
のど		いびきをよくかく
		口をあけていることが多い
		へんとうせんがよくはれて熱が出る
		声がかれている
通院の有 無		現在、耳鼻科に通院中である 通院中の方は病名をお書きください (病名 _____)
その他		

5月31日（金）までに担任に提出してください。

【学校記載欄】 ※ご家庭では記入しないでください。

聴力選別検査で、1000Hzは30dB、4000Hzは25dBがききとれないときは○印をつける。

	1000Hz	4000Hz
右 耳		
左 耳		