

初診

記入日 平成 年 月 日

ID

}

## こども問診票

診察時の参考とさせていただきますので、ご記入ください。

ふりがな 氏名		性別 男 ・ 女	体温 ℃
生年月日 平成 年 月 日	年齢 歳 月	身長 cm	体重 kg
住所 〒		電話 - - 携帯 - -	
通園・通学施設 ( )		保育園・幼稚園・小学校 ( ) 年	

◆ どのような症状がありますか。その症状がいつから見られていますか。症状に☑を入れてください。





- 熱が出ている (いつから、どんな )
- 咳がある (いつから、どんな )
- 鼻水・鼻つまりがある (いつから、どんな )
- 吐いている・吐き気がある (いつから、どんな )
- 下痢がある (いつから、どんな )
- 腹痛がある (いつから、どんな )
- 発疹がある (いつから、どんな )
- いつもと様子が違う (いつから、どんな )

◆ 「人にうつる病気」を疑っていますか。(水痘、おたふくかぜ、ロタウイルスによる胃腸炎、プール熱、インフルエンザなど)

1. いいえ 2. はい

どのような病気を疑っていますか。( )

初めて受診される方は、ご面倒ですが、以下の質問にもお答えください。

家族構成 	◆ 同居している人に○をつけてください。 父親、母親、こども ( ) 歳、 ( ) 歳、 ( ) 歳、 ( ) 歳、 祖父、祖母、その他 ( )
家族の喫煙	◆ 同居している人の中で喫煙している人に○をつけてください。 父親、母親、祖父、祖母、その他 ( )
出生時の状況 	◆ 出生時週数 ( ) 週 ◆ 出生時体重 ( ) g ◆ 出生直後の状況はいかがでしたか。あてはまるところに○をつけてください。 1. 特に何もなく退院した。 2. 赤ちゃんがしんどい状況で生まれた。 3. 何らかの治療をした。(わかる範囲で ) 4. NICUに入った。
今までにかかった病気 	◆ 病気になったことのあるものに○をつけてください。 麻疹、風疹、水痘、耳下腺炎、熱性けいれん、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、川崎病、 その他 ( ) ◆ 入院したことがありますか。 いいえ ・ はい (いつ、何で )
アレルギー 	◆ 食べ物でアレルギーの症状が出たことがありますか。 ない ・ ある (いつ頃、何で ) ◆ お薬でアレルギーの症状が出たことがありますか。 ない ・ ある (いつ頃、何で )
その他	◆ ご来院の際に、タクシーをご利用になる場合はございますか。 ある ・ ときどきある ・ ない ◆ 何を見て当院にいらっしゃいましたか。 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ( )

〔ID

〕

## 漢方問診票

診察時の参考とさせていただきますので、ご記入ください。

ふりがな

氏名

当てはまる症状に☑を入れてください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 疲れやすい          | <input type="checkbox"/> 31 手のひらに汗をかきやすい   |
| <input type="checkbox"/> 2 気力がない          | <input type="checkbox"/> 32 よく頭痛がする        |
| <input type="checkbox"/> 3 神経質（心配性）       | <input type="checkbox"/> 33 めまい・立ちくらみがよくある |
| <input type="checkbox"/> 4 落ち着きがない        | <input type="checkbox"/> 34 目の下にクマが目立つ     |
| <input type="checkbox"/> 5 イライラしやすい       | <input type="checkbox"/> 35 舌がまだら（地図状舌）    |
| <input type="checkbox"/> 6 風邪をひきやすい       | <input type="checkbox"/> 36 いつも顔色が悪い       |
| <input type="checkbox"/> 7 乗り物に酔いやすい      | <input type="checkbox"/> 37 くしゃみ・鼻水・鼻づまり   |
| <input type="checkbox"/> 8 食欲がない          | <input type="checkbox"/> 38 のどがよく腫れ、痛む     |
| <input type="checkbox"/> 9 食欲があり過ぎる       | <input type="checkbox"/> 39 首や肩がこる         |
| <input type="checkbox"/> 10 菓子類の間食が多い     | <input type="checkbox"/> 40 ヒューヒュー、ゼイゼイ    |
| <input type="checkbox"/> 11 冷たい飲み物をよく飲む   | <input type="checkbox"/> 41 少し動くと息切れ・動悸    |
| <input type="checkbox"/> 12 温かい飲み物をよく飲む   | <input type="checkbox"/> 42 吐きやすい          |
| <input type="checkbox"/> 13 すぐ眠りたがる       | <input type="checkbox"/> 43 ゲップ・胸やけが多い     |
| <input type="checkbox"/> 14 寝つきが悪い        | <input type="checkbox"/> 44 よく腹痛を訴える       |
| <input type="checkbox"/> 15 眠りが浅い         | <input type="checkbox"/> 45 よく腹が張る、ガスが多い   |
| <input type="checkbox"/> 16 寝起きが悪い        | <input type="checkbox"/> 46 くすぐったがりやである    |
| <input type="checkbox"/> 17 よく寝ぼける        | <input type="checkbox"/> 47 汗疹がでしやすい       |
| <input type="checkbox"/> 18 便が硬い、コロコロ便が多い | <input type="checkbox"/> 48 じんま疹がでしやすい     |
| <input type="checkbox"/> 19 下痢・軟便のことが多い   | <input type="checkbox"/> 49 化膿しやすい         |
| <input type="checkbox"/> 20 尿の回数が多い       | <input type="checkbox"/> 50 皮膚がかさかさ        |
| <input type="checkbox"/> 21 尿の回数が少ない      | <input type="checkbox"/> 51 小さい時から体力がない    |
| <input type="checkbox"/> 22 尿の量が少ない       | <input type="checkbox"/> 52 あまり食べなく心配だった   |
| <input type="checkbox"/> 23 夜尿症がある        | <input type="checkbox"/> 53 夜泣きが多かった       |
| <input type="checkbox"/> 24 暑がり           | <input type="checkbox"/> 54 すぐかんしゃくを起こした   |
| <input type="checkbox"/> 25 寒がり           | <input type="checkbox"/> 55 屋間も尿が漏れやすかった   |
| <input type="checkbox"/> 26 手足が冷える        | <input type="checkbox"/> 56 熱を出しやすかった      |
| <input type="checkbox"/> 27 しもやけがよくできる    |  |
| <input type="checkbox"/> 28 寒いと唇の色が悪くなる   |  |
| <input type="checkbox"/> 29 少し動くとすぐ汗をかく   |  |
| <input type="checkbox"/> 30 寝汗をよくかく       |  |

ご記入ありがとうございました。

