

初診

記入日 令和 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 ・ 令和 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。( )

◆ お薬が処方された場合、お薬手帳用シールを希望しますか。(※お薬手帳をご希望の方は、受付にお伝えください)

1. いいえ 2. はい ( )

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

ご記入ありがとうございました。

