

小児はり 初診問診票

R 年 月 日

ふりがな		男 女	生年 月日	H・R	年	月	日
受診者氏名 (保護者氏名)	()						
兄弟姉妹	有・無 第 子						
身長・体重	現在	cm	kg	/	平熱	℃	
出生時の様子	出生時	cm	kg		分娩方法 (自然分娩・帝王切開・頭部吸引・無痛分娩)		
ご住所	〒						
連絡先	自宅 :	-	-	携帯 :	-	-	

◆どのような症状でお悩みですか？

◆以下の項目で該当するものにチェックを入れてください

- 夜泣き(夜中にぐずる・叫ぶ・泣く等)
 夜尿
 寝付きが悪い
 寝起きが悪い
 腹痛(便秘・下痢)
 頭痛
イライラする
 キーキー声を出す
 かみつく
 髪の毛を引っ張る
 物を投げる
 かんしゃくを起こす
風邪をひきやすい
 チック
 吃音(言葉が出にくい等)

◆アレルギーはありますか？またはよくなる症状はありますか？

- 鼻炎
 皮膚炎
 ぜんそく
 食物()
 その他()
 ご家族にアレルギー疾患をお持ちの方はおられますか？()

◆生活状況について

睡眠	寝る時間 : 起きる時間 : 夜中 回 起きる・ギャン泣き・ぐずる・トイレ 寝付き(分ぐらい・1時間以上・わからない) 寝起き(機嫌良い・10分以上・1時間以上)
排便	うんち 回/日 (バナナ・コロコロ・泥状・ヘビの様・下痢) 排便痛(有・無) 便秘 回/週 おしっこ 回/日 日中のお漏らし(有・無) 排尿痛(有・無) 下着のシミ(有・無)
食事	3回食・朝食無し・1回食 母乳・ミルク 頻度 回/日 離乳食 回/日 様子(よく食べる・お箸が進まない・食べることが嫌い・偏食)
好きな事	キャラクター: 遊び: 今ハマっていること:
習い事	

◆今までに入院や手術したことはありますか？()

◆小児はり(当院)を何で知りましたか？ ご紹介() ホームページ Instagram その他

◆治療風景や経過のお写真を HP や SNS 等に掲載させていただいてもよろしいでしょうか？ (はい・いいえ)
承諾して頂けた方 : 制約なし・制約あり ありの方(例:後ろ姿のみ)

◆領収証の発行について 不要 毎回 月単位 年単位