

ID \_\_\_\_\_

トツモエしんきゅう

小児はり問診票

年 月 日

氏名	(ふりがな)	性別	住所	〒			
生年月日	年	月	日	歳	ヶ月	身長 cm	体重 kg
電話番号	—	—	小児はりを受けたことが ( ある ・ ない )				

**一番お困りの症状について**

・どんな症状ですか？ ( )

・いつ頃からですか？ ( )

・どんなときに起こりますか？ ( )

これまでにかかった病気や怪我とその時の年齢についてご記入ください。

( )

**出産について**

・出生時の体重 ( g ) 週数 ( 週)

**お通じについて**

当てはまるものに○をつけて下さい

・便秘気味      ・下痢気味      ・毎日少しずつしか出ない      ・便が硬い

**睡眠について**

当てはまるものに○をつけて下さい

・寝つきが悪い      ・眠りが浅い      ・その他 ( )

**その他**

・兄弟、姉妹は      いない      ・いる (      人きょうだいの      番目)

・アレルギーはありますか？      わからない      ・ いいえ      ・ はい ( )

その他にもお困りの症状、伝えたいこと等があれば、ご記入ください

( )