

こどもはり予診表

住所	〒 -	Tel 番号	() -
フリガナ		男 ・ 女	平成 年 月 日
お子様の氏名	呼び名 ()		
フリガナ			(満 歳 カ月)
保護者の氏名			

質 問 事 項	回 答 欄	
湿疹(あせも)などがひどい。	はい	いいえ
アトピー性皮膚炎である。	はい	いいえ
鼻水が良く出る。	はい	いいえ
咳やくしゃみが多い。	はい	いいえ
喘息(ぜんそく)である。	はい	いいえ
中耳炎になりやすい。	はい	いいえ
扁桃炎になりやすい。	はい	いいえ
おっぱい、ミルクの飲みが悪い。	はい	いいえ
吐乳(おっぱい・ミルクを吐く)をよくする。	はい	いいえ
アレルギーがある。	はい	いいえ
すぐ目を覚ます。	はい	いいえ
夜泣きをする。	はい	いいえ
キーキー大きな声を出す。	はい	いいえ
よく怒る。	はい	いいえ
噛みつく。	はい	いいえ
ひきつけを起こしたことがある。	はい	いいえ
壁や床に頭をぶつける。	はい	いいえ
おねしょをする。	はい	いいえ
便秘気味である。	はい	いいえ
下痢気味である。	はい	いいえ
寝つきが悪い。	はい	いいえ
頭痛がある。	はい	いいえ
肩が凝る。	はい	いいえ
好きな味はどれですか？	・すっぱい ・甘い ・辛い ・塩辛い ・苦い 特になし	
嫌いな味はどれですか？	・すっぱい ・甘い ・辛い ・塩辛い ・苦い 特になし	
ご兄弟はいますか？		

今までに大きな病気をした、現在医者にかかっているなど、その他思い当たる事があればお書き添えください