

# 小児はり 初診受付表

R 年 月 日

フリガナ	男・女			第 子				
小児氏名	生年月日		H R	年	月	日	歳	ヶ月
身長体重	cm	kg	出生時	cm	g	平熱	°C	
住所	〒							
保護者氏名	父	母	兄弟姉妹		有・無			
連絡先	自宅 ( )	—	メールアドレス		@			
	携帯 ( )	—						

◆ 小児はりを何で知りましたか？ □にチェックを入れてください

ご紹介 ( )  ホームページ  インスタグラム  その他 ( )

◆ 来院前、どんな症状で悩んでいましたか？

◆ 該当するものにチェックを入れてください。

夜泣き  イライラする  キーキー声を出す  髪の毛を引っ張る  かんしゃく  物を投げる  夜尿  便秘  
 アレルギー(鼻炎・皮膚炎・食物・ぜんそく)  チック  吃音  頭痛  腹痛  朝起きれない  寝つきが悪い

◆ 生活状況について

睡眠	入眠 : 起床 : 途中 回起きる (ギャン泣き・グズグズ・トイレ) 寝つき (10分以内・30分以内・1時間以上・分からない) 寝起き (機嫌良い・5分以上・30分以上)
排便	おしっこ 回/日 おもらし (有・無) 排尿痛 (有・無) 下着のシミ (有・無・分からない) うんち 回/日 性状 (水っぽい・泥状・ヘビの様・バナナ・コロコロ) 排便痛 (有・無)
食事	回数 (三食・朝食抜き・一食) 様子 (よく食べる・お箸が進まない・食べることを嫌がる) 好きな食べ物 嫌いな食べ物 アレルギー
嗜好	好きな キャラクター 遊び youtube
習い事	

◆ 出産について

・分娩方法 (自然分娩・帝王切開・頭部吸引分娩・無痛分娩) ・生後の栄養状態 (母乳・混合・ミルク)

◆ 今までに病気やケガで、入院や手術をする様な事がありましたか？

◆ ご家族の方で持病のある方やアレルギーの方はおられますか？

◆ 当院へのご意見ご要望がございましたらお知らせください。