

こどもの健康調査アンケート

お子様の日頃の健康状態についてお気付きの点、お困りの点がありましたら、下記の事項のうち、いくつでも結構ですから該当する番号を○で囲んで下さい。

お名前 _____ () 歳 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

◆全身について

1. 疲れやすい
2. 気力がない
3. 神経質(心配性)
4. 落ち着きがない
5. イライラしやすい
6. 風邪をひきやすい
7. 乗物に酔いやすい

◆飲 食

8. 食欲がない
9. 食欲がありすぎる
10. お菓子類の間食が多い
11. のどが渇いて飲物をよく飲む
(A. 冷たいものを好む B. 温かいものを好む)
12. 飲物をあまり欲しがらない

◆睡 眠

13. すぐ眠りたがる
14. 寝つきが悪い
15. 眠りが浅い
16. 寝起きが悪い
17. よく寝ぼける、夜泣きをする

◆大 小 便

18. 便が硬い・コロコロ便が多い
19. 下痢・軟便のことが多い
20. 尿の回数が多い(回/1日)
21. 尿の回数が少ない(回/1日)
22. 尿の量が少ない
23. 夜尿症がある

◆寒 熱

24. 暑がりである
25. 寒がりである
26. 手足が冷える
27. しもやけがよくできる
28. 寒いと唇の色が悪くなる

◆発 汗

29. 少し動くとすぐ汗をかく
30. 寝汗をよくかく
31. 手のひらに汗をかきやすい

◆頭 頸 部

32. よく頭痛がする
33. めまい・立ちくらみがよくある
34. 目の下にクマが目立つ
35. 舌がまだらになりやすい(地図状舌)
36. いつも顔色が悪い
37. くしゃみ・鼻水・鼻づまりが多い
38. のどがよく腫れる・痛む(扁桃腺で発熱しやすい)
39. 首や肩が凝る

◆胸 腹 部

40. よく咳・痰がでる。またはヒューヒュー・ゼイゼイしやすい
41. 少し動くと息切れ・動悸がする
42. 吐きやすい
43. ゲップ・胸やけが多い
44. よく腹痛を訴える
45. よく腹が張る・ガスが多い
46. くすぐったがりやである

◆皮 膚

47. 湿疹がしやすい
48. 蕁麻疹がしやすい
49. 化膿しやすい
50. 皮膚がかさかさ

◆小さいとき(乳幼児～入学前)の状態について

51. 小さいときから体力がない
52. あまり食べなくて心配だった
53. 夜泣きが多かった
54. すぐかんしゃくを起こしていた
55. 小さいとき屋間でも尿が漏れやすかった
56. 熱を出しやすかった

●その他に持病、困ったことなどがありますか？具体的にお書き下さい。

[_____]

★診察時の参考にしますので下記にお答え下さい。

お子様のお名前

※すべてにあてはまるものに○印をつけて下さい。

| | | | | | |
|--|--|------------------|----------------------------|----------|---|
| 家族歴 | 親 | 父 | 才 健・否・死 (病名) | | ◆家族に下記の病気にかかっている人がみえますか。 アトピー性皮膚炎 () 花粉症 () チクノウ症 () 喘息 () 高血圧 () 糖尿病 () ガン () |
| | | 母 | 才 健・否・死 (病名) | | |
| | 兄弟 (姉妹) | 男・女 | 才 健・否・死 (病名) | | |
| | | 男・女 | 才 健・否・死 (病名) | | |
| | | 男・女 | 才 健・否・死 (病名) | | |
| 祖父母と同居していますか。 はい いいえ | | | | | |
| (お産時)の状況 | ◆お産は正常でしたか。 はい いいえ 低出生体重児、帝王切開、その他の異常をご記入下さい。 | | | | 出生時体重 _____ g |
| 栄養 | 母乳 | ミルク | ◆今までに予防接種を受けた項目に○印をご記入下さい。 | | |
| | () () 母乳とミルクの混合 () 離乳食開始時期 ()ヶ月 | 予 防 接 種 | ヒブ () | 肺炎球菌 () | B C G () |
| 既往歴 | ◆今までに下記の病気にかかったことがありますか。 | | | | |
| | 突発性発疹症 | 才頃 | アトピー性皮膚炎 | | 才頃 |
| | 水痘(水ぼうそう) | 才頃 | その他 () | | 才頃 |
| | 流行性耳下腺炎(おたふく) | 才頃 | | | |
| アレルギー | ◆今までに食べた物でアレルギー症状を起こしたことがありますか。 ない ある | | | | |
| | 種類() | 症状() | | | |
| けいれん | ◆薬を飲んでアレルギー症状を起こしたことがありますか。 ない ある 薬の名前() | | | | |
| | ◆今までに痙攣(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 ない ある 初めて起こしたとき 才頃 | | | | |
| ◆現在、薬を服用していますか。 はい いいえ | | | | | 現在の体温 _____ °C |
| どのような薬を服用されていますか。わかる範囲でお答え下さい。 | | | | | 現在の身長 _____ cm |
| | | | | | 現在の体重 _____ kg |
| ◆最近、他の医院にかかっていますか。 はい いいえ | | | | | ◆何科にかかっていますか。 科 |
| ◆今日はどうなさいましたか？ | | | | | |
| ◆いつからよくないのですか？ | | | | | |
| ◆当院をどうしてお知りになりましたか。 知人・友人・家族・雑誌・インターネット・その他() | | | | | |