

## こどもの健康調査アンケート

お子様の健康状態について、お気付きの点やお困りの点がありましたら、  
下記に該当する番号を○で囲んで下さい（いくつでも可）。

お名前

---

### ◆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. 湿疹ができやすい
48. 蕁麻疹ができやすい
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. 小さいとき昼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。

[ ]

# 問診票

ふりがな				年齢	才 月		
お名前				身長	cm		
				体重	kg		
ご家族	親	父	才 健・否 病名( )	体温	℃		
		母	才 健・否 病名( )				
	兄弟 姉妹	男・女	才 健・否 病名( )			★下記の病気や症状をお持ちのご家族はいらっしゃいますか？ アトピー性皮膚炎( ) 花粉症( ) ちくのう症( ) 喘息( ) 結核( ) 糖尿病( ) 高血圧( ) がん( )	
		男・女	才 健・否 病名( )				
		男・女	才 健・否 病名( )				
		男・女	才 健・否 病名( )				
1, 出生時の体重 g							
2, 出生時のことで伝えておきたいこと (帝王切開、吸引分娩、低出生体重児など)							
3, 乳児期の栄養法 母乳 ・ 混合 ・ ミルク ・ 離乳食開始時期 月頃							
4, 予防接種を受けたことがありますか？ いいえ はい (受けた予防接種すべてに○をつけてください) ヒブ ( ) 肺炎球菌 ( ) B型肝炎 ( ) ロタウイルス ( ) 四種混合 ( ) BCG ( ) MR ( ) 水痘 ( ) おたふく ( ) 日本脳炎 ( ) DT ( ) その他 ( )							
5, 今までにかかった病気に○をつけてください。 突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ 気管支炎 ・ 喘息 肺炎 ・ 下痢 ・ その他 ( ) ひきつけ → 最終 年 月 日、計 回 抗けいれん剤の使用： 無 ・ 有 (薬名： )							
6, 現在何かお薬を使用されていますか？ はい いいえ どのような薬を使用されていますか？わかる範囲でご記入下さい。 <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40px; margin: 10px auto;"></div>							
★最近、他の病院に受診していますか？ はい いいえ							
7, 食物、その他アレルギーの有無 ない ・ ある ( ) ・ わからない							
8, 薬に対するアレルギーの有無 ない ・ ある (薬名： ) ・ わからない							
9, お薬は飲めますか？ はい (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル) ・ 苦手 ・ わからない							
10, いつから、どのような症状ですか？							