

# 予診表

分かる範囲でご記入をお願い致します

記載日 平成 年 月 日

ふりがな			生年月日	
氏名		男・女	平成	年 月 日( 歳)
住所 〒	-		電話番号(	- - )
			携帯電話(	- - )
メールアドレス				
パソコンアドレス(			携帯アドレス(	)
身長	cm	体重	kg	平熱 °C
_____人兄弟姉妹の_____番目	学校・幼稚園・保育園名( )			
本日お悩みの症状は何ですか				
いつからお悩みですか、きっかけはありましたか				
出生・出産について				
①出生体重_____g ②妊娠週数_____週 ③ <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開				
④ <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク ⑤断乳 歳 ヶ月				
平均睡眠時間_____時間		食欲 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ない		
大便 <input type="checkbox"/> 毎日出る <input type="checkbox"/> _____日に1回出る <input type="checkbox"/> 薬を使って出している <input type="checkbox"/> 硬め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかめ		小便 日中_____回 おねしょ <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々_____日に1回 <input type="checkbox"/> 毎晩する		
今までに病気、大きなケガをされましたか <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ		現在、薬・サプリメントは飲んでいますか <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ		
今までに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します				
<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> DPT-IPV <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> HPV				
当てはまるもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します				
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> おねしょ				
当院をどのようにして知りましたか				
<input type="checkbox"/> 紹介( _____様) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他( )				
・鍼灸治療を受けられた経験はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
・アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> いいえ				
・お薬や注射で副作用が出た経験はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
・皆様に有益な健康情報を、メールで送らせていただけますでしょうか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
自由記載欄				