

問診票

氏名 _____ 様

年齢 _____ 才 男・女

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●次の質問事項のうちあなたの症状と一致するところに○印をつけてください。

- | | |
|------------------------------|---------------|
| ① 立ちくらみ、あるいはめまいを起こしやすい | しばしば・ときどき・たまに |
| ② 立っていると気持ちが悪くなる。ひどくなると倒れる | しばしば・ときどき・たまに |
| ③ 入浴時あるいは嫌なことを見聞きすると気持ちが悪くなる | しばしば・ときどき・たまに |
| ④ 少し動くと動悸あるいは息切れがする | しばしば・ときどき・たまに |
| ⑤ 朝なかなか起きられず午前中調子が悪い | しばしば・ときどき・たまに |
| ⑥ 顔色が青白い | しばしば・ときどき・たまに |
| ⑦ 食欲不振 | しばしば・ときどき・たまに |
| ⑧ 臍疝痛（おなか、へそのまわり）を訴える | しばしば・ときどき・たまに |
| ⑨ 倦怠あるいは疲れやすい | しばしば・ときどき・たまに |
| ⑩ 頭痛 | しばしば・ときどき・たまに |
| ⑪ 乗り物に酔いやすい | しばしば・ときどき・たまに |

●体調で困っていること

【 頭痛・めまい・立ちくらみ・便秘・下痢・腹痛・吐き気・食欲不振・不眠・不安 】

《その他》

●睡眠

【 起床時刻 _____ 時 _____ 分 】 【 睡眠時刻 _____ 時 _____ 分 】

●通学状況

【 登校可・遅れて登校・早退・保健室登校・不登校 】

●塾・習い事・部活

●動画やゲームの視聴時間

ご記入ありがとうございました。診察まで少々お待ち下さい。

Ryo BABY&KIDS CLINIC