

松本治療院 小児はり予診票

No.

フリガナ			ご記入日 平成 年 月 日
お子様のお名前	様	男 女	平成 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)
保護者様のお名前	様	電話	
ご住所	〒		
ご職業		e-mail	
ご来院のきっかけ	ご紹介(様) ホームページを見た その他		

※ご記入頂きました情報は、個人情報保護法に基づき厳重に取り扱いを致します。

また、季節のご挨拶や割引きのハガキなどご不要な方はこちらにチェックして下さい⇒ ハガキ不要

① お子様のどんな症状が気になりますか

特に気になるものに◎印、少し気になるものに○印を付けてください

- 夜泣き () 時間おきに起きる、一晩で平均 () 回起きる
- かん虫症状 (イライラする・キーキー言う・かみつく・激しく泣く)
- アトピー性皮膚炎 アレルギー (種類)
- 風邪・発熱 肌荒れ (部位)
- 便秘 下痢 食欲不振 せき、喘息
- 乳吐き 鼻水 夜尿症 チック症
- 病気予防 かん虫予防 その他 ()

② 現在のお子様の状態を教えてください (数字や○印を付けてください)

- A. 食事 (普通食・離乳食・母乳・ミルク・混合)、食欲 (多い・普通・少ない)
- B. 便通 (回数 1日 回くらい) (硬い・普通・柔らかい・下痢)
- C. 平熱 (°Cくらい)
- D. 睡眠 (時頃就寝 時頃起床)、(寝つきが良い・普通・悪い)
(途中で起きて泣く・起きても泣かない・ほとんど途中で起きない)
- E. お昼寝 (時頃から 時間くらい・お昼寝はしない)
- F. 兄弟姉妹/年齢 ()
- G. 就園・就学 (未就園・幼稚園・保育園・小学 年生)

③ その他に気になる点やご質問・ご要望などご自由にお書き下さい

[]