

来院日	年 月 日
お名前 (漢字)	
お名前 (フリガナ)	
生年月日	年 月 日
性別	

・当院に受診したことがある方

診察券番号	
-------	--

・当院に受診したことがない方

郵便番号	-
住所	
電話番号	- -
来院動機	ホームページ 通りがかり 家族・知人紹介 クリニック紹介 その他 ()

【繰り返す腹痛で初めて受診する方】

問診票に記入した方とお子さんとの関係 ()

A お子さんの腹痛のことを伺います。

1 初めて痛みを感じたのはいつ頃ですか (例：3年前、5歳頃) ?
()

2 痛みの頻度はどれ位ですか？

①1年に数回 ②1ヶ月に数回 ③1週間に数回 ④ほぼ毎日

3 痛みで幼稚園や学校を遅刻したり休んだことはありますか？

①ない ②1年に数回 ③1ヶ月に数回 ④1週間に数回 ⑤ほぼ毎日

4 痛みが休日に軽くなる傾向はありますか？

①はい ②いいえ

5 1日のうちではいつが最も痛みますか？

①朝 ②午前 ③午後 ④夜 ⑤寝ている時 ⑥食前 ⑦食後 ⑧決まっていない

6 痛みはどの位続きますか？

①1時間以内 ②数時間 ③約1日 ④数日

7 どこが最も痛みますか？

①心窩部 ②臍周囲 ③下腹部（真ん中） ④左上腹部 ⑤左側腹部 ⑥左下腹部 ⑦右上腹部 ⑧右側腹部 ⑨右下腹部 ⑩腹部全体

8 どのような痛みですか？

①強くなったり弱くなったりする ②強さが一定である ③突然起こる ④その他（ ）

9 どの程度の痛みですか？

①じっとしていられない ②何もせずじっとしていたい ③我慢して動ける

10 痛みの最中に起きる症状に○をして下さい（複数回答可）。

①吐き気 ②嘔吐 ③顔面蒼白 ④食欲不振 ⑤頭痛 ⑥光が不快 ⑦音が不快 ⑧匂いが不快

11 痛みの時に飲むお薬はありますか？

①はい（ ） ②いいえ

12 11 ではいと答えた方は、そのお薬は効きますか？

①良く効く ②少し効く ③効かない

13 痛みが改善する方法に○をして下さい（複数回答可）。

①吐く ②排便する ③横になる ④温める ⑤その他（ ）

14 ご家族に腹痛や頭痛持ちの人はいますか（複数回答可）？

①いない ②父 ③母 ④その他（ ）

15 その他、腹痛について伝えたいことがあれば記入して下さい（今までに受けた検査や予防的に飲んでいるお薬があれば教えて下さい）。

（ ）

B 腹痛以外の、お子さんのことを伺います。

1 生まれた時に新生児集中治療室（NICU）で治療を受けましたか？

①はい（ ） ②いいえ

2 成長や発達の遅れを指摘されたことはありますか？

①はい ②いいえ

3 病気で入院・通院したことがある、あるいは現在通院していますか？

①はい（ ） ②いいえ

4 内服中のお薬はありますか？

①はい（ ） ②いいえ

5 食事やお薬のアレルギーはありますか？

①はい () ②いいえ

6 同居されているご家族をご記載下さい。(例:祖父母・父母・姉)

()

7 通園通学先 (療育・放課後等デイサービスを含む) があればご記載下さい。

()

8 何時に寝て何時に起きますか？

() 時に寝て () 時に起きる

9 最近認める症状に○をして下さい (複数回答可)。

①下痢 ②便秘 ③血便 ④嘔吐 ⑤食欲低下 ⑥体重減少 ⑦発熱 ⑧頭痛

⑨寝起きが悪い ⑩めまいや立ちくらみ

ご記入頂き有難うございました。