４歳以上のお子様の 腹痛 問診表　です

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年齢：＿＿＿歳＿＿＿ヶ月

腹痛について

はじまりは

いつから：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日頃より

痛みの部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

痛みのくる時間：　午前　・　午後　＿＿＿＿時頃

持続時間：　＿＿＿＿＿分　（　時間　）

頻度：　月に＿＿＿＿回、　週に＿＿＿＿回、　毎日

夜間に腹痛で目が覚めますか：　はい　いいえ

学校や幼稚園の休みの日にも腹痛はおこりますか：　はい　いいえ

登校障害はありますか：　はい　なし

食事との関係はありますか：　はい　なし

ある場合：空腹時

食事をとると改善しますか：　はい　いいえ

食後

直ちに　食後＿＿＿＿分（時間）後

食事中：　はい　いいえ

腹痛時の関連症状はありますか：　吐き気、　嘔吐、　便意、　頭痛、　手足の痛み

便通の状況：　１日＿＿＿＿回、　下痢、　便秘、　普通便

食欲：　あり　なし

体重減少の有無は：　あり　なし　（普段の体重　＿＿＿＿kg、　現在の体重　＿＿＿＿kg）

お子様の性格は：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お子様が学童の場合、差支えなければ、　学校での成績：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族構成：　兄弟姉妹　＿＿＿＿人　（長男、　長女、　末っ子）

最近の周囲の環境の変化（家族構成の変化や転校や夏休み明けなど）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族（祖父母までさかのぼって）の疾患歴：　胃十二指腸潰瘍　あり　なし

ヘリコバクター・ピロリ菌感染の既往者　あり　なし

現在までの　診断名　や　治療歴：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かじがや小児クリニック