

夜泣き問診票

ふりがな

氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (才 ャ月)

住所 〒

☎電話番号 () 携帯電話

現在の身長 cm 体重 kg

出生時 週、 g

妊娠中経過；悪阻がきつかった・少しあった・切迫早産・その他 ()

現在飲んでいる（使用している）お薬はありますか？ ()

お薬飲んで発疹などアレルギー症状が出たことはありますか？ ()

家族構成；父 歳、 母 歳、 兄弟 歳 歳 歳

ご家族にアレルギーがある方はいらっしゃいますか？ ()

保育園通園；あり (何歳から) なし

生活リズム；

日中のご機嫌 よく泣く・かんしゃくが多い・ずっと抱っこをしている・パニックが多い

日中の昼寝 約 時間 (時～ 時まで、 時～ 時まで)

遊びの内容；外遊び・家での遊びの内容 ()

就寝時間 時～起床時間 時

夜泣き開始時期：生後 カ月から

悪化してきた時期；()

きっかけ；()

泣き方はどのような感じですか？ ()

泣き止ませ方はどのようにされていますか？ ()

一日のタイムスケジュール 食事・授乳の時間、外出、夜泣きのタイミングなど



Kこどもクリニックは院外処方となっております。お薬が出た場合は、お近くの薬局へ処方箋をお持ち下さい。

ありがとうございます。しばらくお待ちください。

Kこどもクリニック