

患者番号: _____

記入日 年 月 日

問診表

ふりがな

お名前 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 月 日

ふりがな

保護者名 _____

年齢 _____ 歳 月

学校名等 _____ 年生

習癖

その他何か気になることがございましたらご記入ください

口呼吸(お口が空いている)

指しゃぶり

指や舌を唇に挟む

舌を出す

下唇を巻き込む

頬杖をつく

なにかをしゃぶったり、噛んだりする

(歳 ~ 歳)

その他(_____)

発音

聞き取りにくい言葉がある(カ, サ, タ行)

疾患

アレルギー(_____)

肌が乾燥している

口臭がある

慢性鼻炎

慢性中耳炎

扁桃腺肥大

アデノイド

耳鼻科へ行くことが多い

皮膚科へ行くことが多い

花粉症

よく風邪をひく

視力が悪い

アトピー性皮膚炎

肩こり

便秘気味 or 下痢気味

食事

時間がかかる or 早い

口の中にいつまでも食べ物を

ためたままにしている

飲み物で流し込む

好き嫌い、偏食がひどい

食べる量が少ない or 多い

匂い、味にこだわりが多い

口からこぼれる

口の周りが汚れる

クチャクチャ食べる

噛みきれない食べ物がある

お箸を正しく持てない

睡眠

いびき

横向き寝

うつ伏せ寝

おねしょをする事がある

夜泣き

歯ぎしり

咳き込む

寝汗

頻回の目覚め

寝言の有無

寝相が悪い

枕が唾液で濡れている

朝

寝起きが悪い

朝からあくびをする

不機嫌

頭痛

飲み物を欲しがる

昼

長時間の昼寝

昼食時の食欲の低下

じっとしているのが苦手

集中力が無い

注意力散漫

すぐに疲れたという事が多い

気分ムラがある

寝転がっていることが多い

意欲性が少ない

運動をあまりしない

運動機能

転ぶことが多い

身体が硬い

怪我をすることが多い

姿勢が悪い

きちんと座れない

スキップが出来ない

筆圧が弱い