

子供用・健康チェック

お名前 _____

あなたのお子様の健康状態、ちょっと思い出してみてください。

記入日

年

月

日

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--|----|--------------------------------|--|
| * あてはまる所をチェックしてください。 | | | | | |
| 1 | 歯並びが悪い | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 9 | 便秘気味 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | アレルギー、アトピーや花粉症 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 10 | 太り気味 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | 湿疹、カサカサ、皮膚の問題 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 11 | 中耳炎になりやすい | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | じんましんが出る | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 12 | 風邪、肺炎になりやすい | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 | 手足がひえる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 13 | 喘息がある | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 | 目が疲れやすい、視力が弱い | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 14 | 鼻血がでやすい | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 | 体力がない、疲れやすい | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 15 | 慢性鼻炎 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8 | 多動症気味、落ち着きがない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 16 | 炎症をおこしやすい | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 乳幼児の問題 | | | | | |
| 1 | おねしょ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 2 | 夜泣き、夜に何度も起きる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 小学生・中学生・高校生の問題 | | | | | |
| 1 | 歯茎の出血 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 6 | 暴力をふるう、登校拒否 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | ニキビ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 7 | 痔になりやすい | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | 頭痛 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 8 | 不眠症 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | 背中や腰に痛みがある | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 9 | 生理前、生理中に腹痛、頭痛、イライラ、気分の浮き沈み等の症状 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 | イライラ、キレやすい | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| * 下記のあてはまる所をチェックするか回答してください | | | | | |
| 1 | 歯の治療で銀色の詰め物(アマルガム)を入れた | <input type="checkbox"/> 何度も <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 全くない | | | |
| 2 | 虫歯予防のためにフッ素塗布やフッ素洗口を利用した / している | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 3 | 工場地帯や化学工場のそばで生活した / している | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 4 | アルミ鍋、缶、弁当箱、アルミ箔を使用している / した事がある | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 5 | インスタント食品やコンビニのお弁当などを利用する | 相当、たまに、ほとんどない | | | |
| 6 | 便の状態は 一日の回数 () 回 | 軟らかい 普通 硬い | | | |
| 7 | 風邪を引いた時によく起きる症状 (<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 長引く <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれる) | その他 () | | | |
| 8 | 学校でサプリメントがいつでも摂れる環境ですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 9 | お水が沢山飲めますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 10 | 錠剤、カプセルを飲み込めますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 11 | 1週間に何回髪を洗いますか | () 回 | | | |
| 12 | どんなシャンプーを使っていますか | () | | | |
| 13 | 毛染めやパーマをかけている | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 14 | 受けてきた予防接種 三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)、麻疹(はしか)、風疹、日本脳炎、ポリオ、BCG、 新型コロナワクチン (接種日をご記入ください) 1回目: 2回目: 3回目: 4回目: 5回目以降は回数と接種日をそれぞれご記入ください() その他 どんな種類を() 全部で() | | | | |
| 15 | 母親がこの子を妊娠中に薬を飲んだ はいの人は、どんな薬を() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ どれだけ() | | | |
| 16 | 母親がこの子を妊娠中に歯の治療をした | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 17 | 妊娠中に食べ物に気をつけていた | <input type="checkbox"/> とても <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> ほとんどない | | | |

クエスト社の製品の飲み方、好転反応や解毒の開始時期等についてのご相談は、クエストユーザーグループのサプリメントアドバイザー/薬剤師が承っております。何度でも無料でご相談頂けます。

相談をご希望の方は、こちらの健康チェックを手書きでご記入の上、以下のいずれかの方法でお送りください。

◎郵送：〒174-0046 板橋区蓮根3-23-18 GDビル クエストグループ・ジャパン

◎メール：info@questuser.jp 用紙をスキャンする、またはスマホ等で撮影してメールに添付してください

◎FAX：03-5915-2661

【その他、健康上の問題、今までしてきた対処、薬名などをお書きください】

(現在、お薬をお使いの方は、必ず全て記入してください。下に書ききれない場合は、別途メール(送信先アドレス：info@questuser.jp またはメモ用紙に記入して健康チェックと一緒にお知らせください)

現在の問題、対処、薬名：

過去の問題、対処、薬名：

【その他、親として気になることがあればお書きください】

食事について、あてはまるものをチェックするか回答してください。

朝食 しっかり食べる 普通 あまり食べない 全く食べない

食べる時間帯：

昼食 しっかり食べる 普通 あまり食べない 全く食べない

食べる時間帯：

夕食 しっかり食べる 普通 あまり食べない 全く食べない

食べる時間帯：

好き嫌いが激しい：(非常に 少し 全くない)

好きな食べ物：肉類、魚類、魚卵類、乳製品、穀物、インスタント食品、コンビニのお弁当、ファーストフード類、スナック類、洋菓子、和菓子、その他(具体的にご記入ください)

嫌いな食べ物：

どんな間食をどれだけ食べますか：

普段飲んでいる飲み物：牛乳、果汁ジュース、清涼飲料水、お水、お茶、その他()

ふりがな 生年月日 (西暦) 年 月 日

子供名前 TEL番号

保護者名 FAX番号

住所 E-MAIL

身長 cm 体重 kg 年齢 歳 性別 男 女

※お返事はメールのみとさせていただきます

※ご質問等のある方でメールのない方は、電話相談をご予約ください (予約受付番号：03-5915-0345 平日10時-16時)