

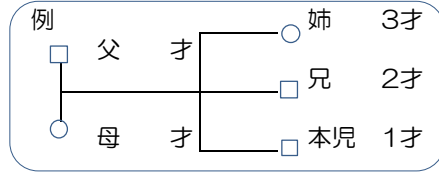
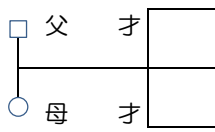
初診問診票

診断の際に必要なですので、お手数ですが母子手帳などを参照してご記入下さい。

お名前： 才 月

本日、当センターを受診する理由は何ですか。

家族構成について



ご家族の中で発達等に問題のある方（又はあった方）はいらっしゃいますか。
(なし、あり :))

出産前の母体の状況について

つわりの程度（軽・中・重）, 母体の服薬状況（なし、あり）
母体の感染症（なし、あり：発熱・感冒・風疹・その他）
母体の基礎疾患（なし、あり：糖尿病・てんかん・精神疾患・その他）
妊娠中毒（なし、あり）, 切迫流産（なし、あり）, レントゲン照射（なし、あり）
嗜好品（タバコ・アルコール）

出産時の状況について

在胎期間（ 週）, 生下時体重（ g）, 頭囲（ cm）
分娩方法：正常・鉗子・吸引・帝王切開（理由 ）， 胎位（ 位）
分娩の異常：多胎（ 胎）, 微弱陣痛（なし、あり）, 早期破水（なし、あり）
臍帯巻絡（なし、あり）
羊水異常（なし・過多・混濁）, 仮死（なし、あり）, 人工呼吸（なし、あり）
アプガー指数 1分（ 点） 5分（ 点）

新生児期の異常

保育器の使用（なし、あり 日）, 黄疸（軽度・光線療法・交換輸血）
酸素吸入（なし、あり 日）, 哺乳力（良、普通、不良）, 体重増加（良、普通、不良）
人工呼吸の使用（なし、あり 日）, その他（ ）

発達について 記入例（ 4ヶ月）

首のすわり（ ） 寝返り（ ） おすわり（ ）
腹這い（ ） 四つ這い（ ） つかまり立ち（ ）
つたい歩き（ ） ひとり歩き（ ） 有意語を話す（ ）

予防接種（ ）、【】内の該当するところに○をつけてください。

四種混合	（未、1回、2回、3回、追加）	三種混合	（未、1回、2回、3回、追加）
BCG接種	（未、済）	ポリオ	（未、済）
肺炎球菌	（未、1回、2回、3回、追加）	日本脳炎	（未、1回、2回、追加）
ヒブ(Hib)	（未、1回、2回、3回、追加）	B型肝炎	（未、1回、2回、3回）
おたふくかぜ	（未、1回、2回）【かかった】	ロタウイルス	（未、1回、2回、3回）
MR（麻疹・風疹）	（未、1回、2回）【麻疹：かかった、風疹：かかった】	その他	（ ）
水痘	（未、1回、2回）【かかった】		

既往症（これまでにかかった病気や感染症、受けた手術など）例：4ヶ月 心臓の手術

他の医療機関にかかっていますか。
病院名と理由を記入してください。