

乳児一般健診問診票

令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------------|------|-----|----|---|----|
| ふりがな 患者氏名 | 生年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日生 |
| | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | ヶ月 |
| 保護者名 | 住所 | 〒 | | | |
| 携帯番号 | | | | | |
| 自宅番号 | | | | | |

★母子手帳をお預かりいたしますので問診票と一緒に受付へご提出ください

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------|--|--|
| ■お子様の分娩時のことについて記入してください | | | | | |
| 出生病院名 | | | | | |
| 分娩 | 在胎 (週 日) (頭位 ・ 骨盤位) | | | | |
| | 出産 正常分娩 ・ 帝王切開 (予定 ・ 緊急) | | | | |
| 出生時 | 体重 (g) 身長 (cm) | | | | |
| | 新生児治療室 (NICU)での入院 なし あり (理由) | | | | |
| ■接種済の予防接種に☑を入れて回数を記入してください | | | | | |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) | <input type="checkbox"/> ロタウイルス (回) | <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (回) | | | |
| <input type="checkbox"/> 5種混合 (回) | <input type="checkbox"/> BCG | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) | | | |
| ■栄養/発達について記入してください | | | | | |
| 栄養 | 現在の哺乳・栄養の内容 母乳 / 粉ミルク : 1日 (回) (1回 ml) | | | | |
| | 離乳食 (初期 / 中期 / 後期 / 大人と同じ) | | | | |
| | 経管栄養 (銘柄) を1日 (回) (1回 ml) | | | | |
| 発達 | 首すわり (ヶ月) / おすわり (ヶ月) / つかまり立ち (ヶ月) / はいはい (ヶ月) | | | | |
| | ねがえり (ヶ月) / ずりばい (ヶ月) / 伝い歩き (ヶ月) / 独歩 (ヶ月) | | | | |
| ■今までに大きな病気をされましたか？ | | | | | |
| なし | あり | いつ頃、どんな病気でしたか？ | | | |
| ■アレルギーについて記入してください | | | | | |
| なし | 食物アレルギー (原因食物：) | 薬剤アレルギー (原因薬剤：) | その他のアレルギー (原因：) | | |
| ■現在通われている保育園などがあれば記入してください | | | | | |

*当院では個人情報患者様への医療サービスの提供を目的として利用させていただいております。なお、患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには、万全の体制で取り組んでおります。

*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得、活用するためマイナ保険証のご利用にご協力ください。

栗の木診療所

