

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ _____ 男・平
名前 _____ 歳 ヶ月 女・令 年 月 日生
(お子さんの名前)

現住所 _____ 続柄 () _____ 幼・保・学

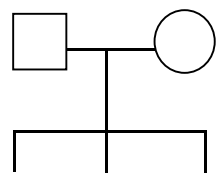
その他の連絡先 _____ 続柄 () _____
(必ず2カ所の電話番号をご記入下さい)

本日、受診された理由(主訴)

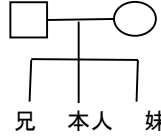
(_____)

※乳幼児の方はご記入ください(出生体重は全員ご記入ください)

周産期
妊娠中の状態 異常なし・()
出生時
出産した病院名()
出生体重(g) 予定より(日 [早・遅])
分娩 (正常・骨盤位・帝切)
仮死 (無・有) アプガースコア (点)
↑母子手帳に記入があれば書いて下さい
その他 ()
発育
頸定(カ月) ・ 坐位(カ月) ・ ハイハイ(カ月)
立位(カ月) ・ 独歩(カ月)
乳児期の栄養
母乳のみ : 1日 ___ 回
ミルクのみ : 1日 ___ 回 1回量 ___ ml
(混合) 母乳 : 1日 ___ 回
ミルク : 1日 ___ 回 1回量 ___ ml
離乳食 : 1日 ___ 回



(記入例)
年齢順に左から
ご記入ください


兄 本人 妹
5歳 3歳 9ヶ月

家族歴
同居の家族の方でB型肝炎など
うつる病気の方がありましたら
下記にご記入下さい。
なし・あり
()

・ 今までにかかった病気、または、現在治療中の病気はありますか。

()

・ 通院している病院名

()

・ 内服している薬

()

・ K₂シロップは上手に飲めていますか

・ もらった数 () 本 ・ 残数 () 本

・ 最後に飲んだ日 () 月 () 日