

問 診 票	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 か月)
	児 童 氏 名		
1. 妊娠中の疾病 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 羊水過多症 <input type="checkbox"/> その他( )			
2. 分娩について <input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 早期破水 <input type="checkbox"/> 微弱陣痛 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡			
3. 出生について 在胎週数( 週) 体重( g) 身長( cm) 頭囲( cm) 胸囲( cm) 産院名( ) ※下記にあてはまる項目はありましたか。 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 保育器に入った。( 日間) <input type="checkbox"/> 強い黄疸があった。 → <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 母乳栄養中止 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他( )			
4. 1日の生活リズムについて 食事(ミルク・母乳・おやつを含む。)、遊び、お昼寝等の時間を記入してください。  時間 起床 ( 時 ) 朝食 ( 時 ) 昼食 ( 時 ) 夕食 ( 時 ) 就寝 ( 時 )			
5. 食事について (1)内容 <input type="checkbox"/> 母乳 } 回数 ( 回) <input type="checkbox"/> ミルク } 1回量 ( ml) <input type="checkbox"/> 混合栄養 } <input type="checkbox"/> 離乳食 回数 ( 回) 形状( ) <input type="checkbox"/> 幼児食 回数 ( 回)			
(2)食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう。 <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが、手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人で食べる。 → 【 <input type="checkbox"/> てづかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ】			
(3)食物アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 原因食品 症状 エピペンの処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 緊急時服用薬の処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
(4) 宗教上等により、食べることができない食物はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(対象食品 )			
(5) 家族の中でアレルギーを持っている方はいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(誰が ) (原因 )			
6. 着替えについて <input type="checkbox"/> 1人でできない <input type="checkbox"/> 自分で着替えようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人でできる → 【 <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> ボタンかけ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 靴下】			
7. 排泄について <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> オマル → 尿意は <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> トイレでできる → <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> 1人でできる			