

1 問 診 表

記入日（西暦）：

◎この問診票は治療を開始するにあたり、お母様とお子様のこれまでの経過及び環境をお教えいただき、今後のプログラムに役立てようとするものです。ご理解いただき、ご協力をお願いします。尚、この問診票は目的以外に使用したり部外者の目に触れたりすることはありません。

1) ご家族について

(1) お子様の氏名：		(2) 生年月日：	
(3) 住 所：		(4) 電話番号 自宅： その他連絡先：	
(5) 家族構成（同居している方をすべてご記入ください。）			
続柄	氏 名	年齢	職業、又は学校・保育園・幼稚園

2) お母様の妊娠から出産までの経過について

※該当する項目の口にチェックをお願いします。必要に応じて（ ）に記入をお願いします。

- (1) 妊娠中に異常はありましたか？ 有 ・ 無
内容： 出血（妊娠 ヶ月） ・ 妊娠中毒症 ・ その他（ ）
- (2) 胎動はどうでしたか？ 良好 ・ 弱い ：はじまったのは（ ヶ月）から
- (3) 分娩の状況を教えてください。
①分娩： 自然分娩 ・ 計画分娩 / 経膣 ・ 帝王切開
②分娩体位： 頭位 ・ 骨盤位 ・ その他（ ）
- (4) 出産状況はどうでしたか？
①在胎： 週 日 ※保育器の場合（生後 日 ～ 日まで）
②身体発育：体重 g 身長 cm
胸囲 cm 頭囲 cm
③なにか異常はありましたか？
チアノーゼ ・ けいれん ・ その他（ ）

