

外来予診表

患者ID: _____

令和 年 月 日記入

記入者 父 母 その他()

お子さんの状況を知るための大切な資料となりますので、母子手帳などを参考にしながらできるだけ詳しくお書きください。

(当てはまるところは、○で囲んでください)

(フリガナ)

生年月日

★お子さんの名前() 男・女 昭・平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)

1 何が心配で受診されましたか()

2 紹介状(ない・ある) 紹介者()

3 これまで病院、保健所、健診、市町村の保健師、巡回相談、その他の相談、診察、検査を受けに行ったことがありましたら
具体的にお書き下さい。

年 月頃 (歳 ヶ月時) _____ 相談したところ _____ 相談したこと、又は指導されたこと

4 お父さん、お母さんについてお伺いします。

1) お父さんの名前() 生年月日: 昭・平・令 年 月 日 (歳) 健康状態(良・不良)

2) お母さんの名前() 生年月日: 昭・平・令 年 月 日 (歳) 健康状態(良・不良)

3) 血族結婚ですか (いいえ・はい)

4) 家族や親戚で次のような方がいますか (いいえ・はい)

(手足の不自由な人、知恵の遅れた人、けいれんのある人、子どもの時に亡くなった人、その他()

5 お母さんについてお伺いします。

1) 次の病気にかかったことがありますか

(高血圧、肝炎、腎臓病、糖尿病、甲状腺障害、その他の重い病気 (病名:)

2) 次の感染症にかかったことがありますか

【風疹(三日はしか)、麻疹(はしか)、水痘(みずぼうそう)】

●いつ (歳) (歳) (歳)

3) 手術を受けたことがありますか (いいえ・はい) (病名、術名)

4) 長期に飲んでいる薬はありますか (いいえ・はい) (薬品名)

5) お酒を飲みますか (いいえ・はい) (1日 程度)

6) たばこを吸いますか (いいえ・はい) (1日 本)

7) 今までの妊娠についてお聞かせください。

(お母さんの年齢)

現在のお子さまの状態

第1回 歳 (正常分娩・異常分娩・自然流産・妊娠中絶・その他) (健・否)

第2回 歳 (正常分娩・異常分娩・自然流産・妊娠中絶・その他) (健・否)

第3回 歳 (正常分娩・異常分娩・自然流産・妊娠中絶・その他) (健・否)

第4回 歳 (正常分娩・異常分娩・自然流産・妊娠中絶・その他) (健・否)

第5回 歳 (正常分娩・異常分娩・自然流産・妊娠中絶・その他) (健・否)

第6回 歳 (正常分娩・異常分娩・自然流産・妊娠中絶・その他) (健・否)

6 受診されたお子さんの妊娠中の状態をお聞かせください。

1) 妊娠中毒症がありましたか (いいえ・はい) (むくみ・高血圧・蛋白尿・尿糖)

それはいつ頃ですか(妊娠 ヶ月頃)それに対して(お薬を飲んだ・注射をした・その他)

2) 切迫早産がありましたか(いいえ・はい)

それはいつ頃ですか(妊娠 ヶ月頃)それに対して(お薬を飲んだ・注射をした・その他)

3) 上記の他、次のようなことがありましたか (貧血・発熱・かぜ・発疹・腹痛・腹部を打つ・出血)

それはいつ頃ですか(妊娠 ヶ月頃)それに対して(お薬を飲んだ・注射をした・その他)

4) お子さんの兄弟・姉妹の妊娠と比べて、気づいたことがありましたらお書きください。

7 受診されましたお子さんの出生時の状況についてお伺いします。

- 1) 予定日 年 月 日、出産日 年 月 日 (在胎 週)
 正常分娩・異常分娩(吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・逆子・その他)
 生下時体重 g、身長 cm、頭位 cm、胸囲 cm
- 2) 陣痛の前に破水はありましたか (いいえ・はい) 5) 羊水混濁がありましたか (いいえ・はい)
- 3) 陣痛の強さは (弱い・普通・強い) 6) 生まれてすぐ泣きましたか (いいえ・はい)
- 4) 陣痛促進剤を使用しましたか (いいえ・はい) 7) 仮死がありましたか (いいえ・はい)

8 出生時の状況についてお伺いします。

- 1) 保育器にはいましたか (いいえ・はい) (日間)その時酸素をつかいましたか(いいえ・はい)
- 2) 黄疸がありましたか (いいえ・はい)
 交換輸血をしましたか (いいえ・はい)
- 3) けいれん、ひきつけがありましたか (いいえ・はい)(いつ頃ですか)
- 4) 身体が硬い又は柔らかいですか (硬い・普通・柔らかい)
- 5) そり返りが強いですか (いいえ・はい)
- 6) 手足の動きが少ないですか (いいえ・はい)
- 7) 手足のピクつきがありますか (いいえ・はい)
- 8) 次の病気にかかったことがありますか

(はしか・水ぼうそう・おたふくかぜ・三日はしか・けいれん・ひきつけ・髄膜炎・脳炎)
 (頭部外傷・突発性発疹・アトピー性皮膚炎・その他:)

9) 次の予防接種をうけましたか

- B型肝炎(1・2・3・未) ヒブ(インフルエンザ菌b型)(1・2・3・追加・未) 小児用肺炎球菌(プレベナー)(1・2・3・追加・未)
 四種混合(1・2・3・追加・未) ロタウイルス(1・2・3・未) BCG(済・未) 麻疹,風疹(MR)(1期・2期・未)
 麻疹(済・未) 風疹(済・未) 水痘(1・2・未) おたふくかぜ(1・2・未) 日本脳炎(1・2・追加・2期・未)
 二種混合(2期・未) 子宮頸ガン(ヒトパピローマウイルス)(1・2・3・未) シナジス(RSウイルス)(済・未)
 三種混合(1・2・3・追加・未) 生ポリオ(1・2・未) 不活化ポリオ(1・2・3・追加・未)

9) お子さんの発達経過についてお伺いします。※母子手帳を参照しながらお書きください。 (歳 ヶ月)

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| ・物を目で追う (歳 ヶ月) | ・つたい歩きをする (歳 ヶ月) |
| ・人見知りをする (歳 ヶ月) | ・寝返りをする (歳 ヶ月) |
| ・あやすとよく笑う (歳 ヶ月) | ・バイバイ等の身振りをする (歳 ヶ月) |
| ・つかまらせると立つ (歳 ヶ月) | ・おすわりをする (歳 ヶ月) |
| ・首がすわる (歳 ヶ月) | ・おいで、ちょうだい等がわかる (歳 ヶ月) |
| ・つかまり立ちをする (歳 ヶ月) | ・ずり這いをする (歳 ヶ月) |
| ・音のする方向に振り向く (歳 ヶ月) | ・ひとり歩きができる (歳 ヶ月) |
| ・指でちいさなものをつかむ (歳 ヶ月) | ・四つ這いをする (歳 ヶ月) |
| ・そばにある玩具をつかむ (歳 ヶ月) | ・ブーブー等、意味のある言葉を話す (歳 ヶ月) |
- ・視線があわないことがありますか (いいえ・はい)
- ・後ろから名前を呼ぶと振り返りますか (いいえ・はい)
- ・耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか (いいえ・はい)

10 現在の日常生活動作についてお伺いします。

- 1) 移動手段 — 寝返り・四つ這い・膝歩き・独歩・杖歩行・車いす(自操・介助)その他()
- 2) 栄 養 — 食事: 母乳・混合・人工 授乳量1日 回 ml/回
 回数1日 回 (形態:)
 動作: 自立・介助(全・部分) スプーン・箸・経管栄養・その他()
- 3) 排 泄 — 尿1日 回 便1日 回 便秘:(有・無) 便秘時の処理()
 排泄の意思表示:(有・無)
 動作: トイレ使用・おむつ・尿便器・自立・介助(全・部分)
- 4) 衣服の着脱 (全介助・部分介助・自立) 入浴 (全介助・部分介助・自立)
- 6) どんな遊びをしていますか()
- 7) 現在、薬を飲んでいますか()
 その薬は{ 水薬・粉剤・錠剤・その他() }

※その他 気になること、心配なことがありましたら、お書きください。