

口唇口蓋裂問診表 (乳児用)

栄養

種類：【母乳・人工乳・混合乳】、ほ乳瓶の種類：_____

1回のは乳量： _____ ml × 1日のは乳回数： _____ 回

1回のは乳に要する時間： 約 _____ 分

ほ乳の様子

哺乳中のむせこみ： ない ・ ある (ごくたまに、時々、毎回)

鼻腔からのもれ： ない ・ ある (ごくたまに、時々、毎回)

嘔吐： ない ・ ある (ごくたまに、時々、毎回)

ミルクを吸う力： 弱い ・ 普通 ・ わからない

排気 (げっぷ)： うまく出せる ・ 出せない

ほ乳指導の希望： ある ・ ない ・ わからない

家族歴

近親者 (家族や近い親族) に口唇口蓋裂の方がいますか？

いない ・ わからない ・ いる

(いる→患者との関係： _____、種類：口唇裂・口蓋裂・口唇口蓋裂)

病気についての情報 *複数選択可

- ・ 全く分からない
- ・ ある程度知っている

(産科・小児科での説明、ネットや書籍での情報、胎児診断カウンセリング、
他院の形成外科・口腔外科での説明、その他： _____)

手術希望について

- ・ 埼玉小児医療センターでの治療が第一希望
- ・ 他院 (_____) での治療も検討中
- ・ 転勤の予定があり、要相談
- ・ 里帰り出産のため、要相談

保育園の入園について

予定が ない ・ ある (いつ頃： _____)