予診票

記入者（母・父・その他：　　）

1. 受診理由　（今回のお子さんの受診にあたり、医師に相談したいことをお書きください）

2. 周産期　（当てはまるものに○を、又は記入をお願いします）

妊娠中　妊娠高血圧症候群（無　・　有：　軽症・重症）
切迫流産（無　・　有：　　ヶ月時）　感染症（無・　有：　　ヶ月時）
薬剤の服用（無・　有：　　ヶ月時）

分娩　在胎　　週　　日　（頭位　・　骨盤位）
（経膣分娩　・　鉗子分娩　・　吸引分娩　・　帝王切開（予定・緊急））
（前早期破水・　羊水過多　・　羊水過少　・　羊水混濁）
（回旋異常　・　微弱陣痛　・　臍帯巻絡）

出生時　体重：　　g　身長：　　cm　胸囲：　　cm　頭囲：　　cm
新生児治療室（NICU）での入院（　無・　有：退院日　　年　　月　　日）
泣き声（普通　・　弱い）　哺乳不良（無　・　有）　アプガースコア（　　点　・　不明）

3. 栄養・発達　（当てはまるものに○を、又は記入をお願いします）

現在のほ乳・栄養の内容（母乳　・　人工乳：　　ml／回　1日　　回）
離乳食（初　・　中　・　後　・　大人と同じ）
経管栄養（内容：　　ml／回　1日　　回）
首のすわり：　　ヶ月　おすわり：　　ヶ月　つかまり立ち：　　ヶ月
一人歩き：　　歳　ヶ月　ことば2～3個：　　歳　ヶ月　2語文：　　歳　ヶ月

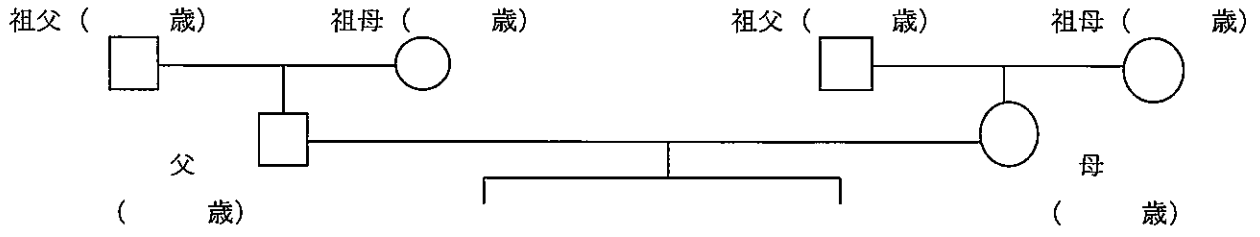
4. 既往歴　（今までにかかった病気、けが等が有りましたらお書きください）

その他削除

・感染症：（麻しん：　　歳　風しん：　　歳　水ぼうそう：　　歳　おたふく：　　歳）
・食物アレルギー（原因食物：　　）
・薬剤アレルギー（原因薬剤：　　）

5. 家族歴

・ご家族の年齢、既往歴をお書きください（亡くなられた人には斜線を引き、病名をお書きください）。
・同居の家族を線で囲んでください。



埼玉県立小児医療センター
歴 - 239
2021.4（7,000）