

予診票（小児リハビリテーション外来、発達外来）

記入日 年 月 日
受付時間(:)

ふりがな
患者氏名 _____ 男 ・ 女
生年月日 H , R 年 月 日生 (_____ 歳)
住所 〒 _____
TEL (_____) _____
ジェネリック医薬品（後発品）を希望しますか する しない
詳細な診療明細書の発行を希望しますか する しない

* よりよい診療のために、予診票の記入にご協力ください。

* プライバシーにかかわるため記入できない場合には、ご記入されなくても結構です。

どのようなことに困っていますか（今回の受診目的）

[_____]

1. お子さんを妊娠中にお母さんの健康状態は如何だったでしょうか。

健康 つわり むくみ 蛋白尿 高血圧 貧血
出血 流産しそうであった その他(_____)

・問題があった場合には、妊娠のいつ頃からいつまでありましたか。

妊娠 週・ 月 ~ _____ まで

その治療はどういった内容でしたか。

なし 点滴 入院 その他(_____)

2. 出産時の状態を教えてください。

予定日 H,R 年 月 日 予定日より _____ 日 早い 遅い

・陣痛から生まれるまでのことを教えてください。

生まれるときは 頭から おしりから 足から 顔から その他(_____)

分娩は 自然分娩 吸引 鉗子 帝王切開

生まれたときは すぐ泣いた すぐ泣かなかった 仮死

・その時の治療は

酸素をつかった 人工呼吸器をつかった 保育器にはいった

生まれたときの体重は _____ グラム

3. 生まれて2週間くらいまでのお子さんの様子を教えてください。

状態は 順調だった 順調でなかった

黄疸は なかった 軽かった 強かった

治療は 光線療法 交換輸血 その他

ミルクを口から飲めなかった 吸う力が弱かった 泣き声が弱かった

呼吸をとめることがあった 嘔吐があった ひきつけ(けいれん)があった

その他()

4. これまでの発達について教えてください。

首の座り か月 お座り か月 歩く か月

マンマやブブなどの言葉は か月

5. これまで、ひきつけ(けいれん)はありましたか。

ない ある (いつ頃)

6. 薬や食べ物でのアレルギーはありますか。

ない

ある 原因の薬、食べ物()

7. 5.6以外に、これまで大きな病気はありましたか。

ない

ある 病名:

8. ご兄弟姉妹はいますか

ない

ある (兄 人、姉 人、弟 人、妹 人)

9. ご家族(本人の兄弟姉妹含め)や親せきの方で発達での問題がありますか

ない

ある ()

母子手帳を必ずお持ちください。

お薬手帳や診療情報提供書(紹介状)がございましたら、受付にお出してください。



総合リハビリテーション
伊予病院