

初めて診察を受けられる方へ

初診日 年 月 日

患者名

記入者名 (関係:)

これは診察の際に重要な資料となります。母子手帳を参考にしてわかる範囲でお答えください。

1. こちらを受診された目的はなんですか。

病院、保健所、知人などからの紹介があれば書いてください。

2. ご家族の状況 ※同居している家族に○をつけてください。

祖父 () 歳	父 () 歳	職業 ()	子 () 歳	男・女	生年月日
居住地	}	}	}	血液型 ()	年 月 日
祖母 () 歳				子 () 歳	男・女
祖父 () 歳	}	}	}	血液型 ()	年 月 日
居住地				母 () 歳	職業 ()
祖母 () 歳				血液型 ()	

※支援してくれる親せき等がいれば記載してください。()

お母さんにこれまで流死産がありましたか。 無・有 (年 月 日) 在胎週数 (週)

ご両親に病気があればお書きください ()

ご両親は血族結婚ですか。 いいえ・はい ()

ご両親やご親戚に てんかん・神経・病気の人はいいますか 無・有 ()

目・耳の不自由な人はいいますか 無・有 ()

喘息やアレルギーの人はいいますか 無・有 ()

糖尿病の人はいいますか 無・有 ()

身体に障害のある人はいいますか 無・有 ()

知的障害の人がいますか 無・有 ()

精神疾患の人はいいますか 無・有 ()

3. 妊娠及び出産時の様子

〈母親の勤務〉 妊娠前から仕事はしていない

妊娠 月 まで働いた、仕事の内容 ()

出産後に働き始めた時期 ()

〈妊 娠〉 母親の年齢 歳 予定日 年 月 日

自然・人工、第 子

流産傾向: 無・有 () つわり: 無・有 ()

浮腫: 無・有 () 尿蛋白: 無・有 ()

高血圧：無・有（ ） 発熱：無・有（ ）
 子癇：無・有（ ） ※「子癇」とは妊娠 20 週以降に初めておきる痙攣発作
 胎動：無・有（ ） 妊娠中毒症：無・有（ ）
 病気：無・有（貧血・風邪・その他 ）
 薬物療法：無・有（ ）
 羊水過多：無・有（ ）
 放射線照射：無・有（ ）
 外傷：無・有（ ）
 妊娠中の飲酒：無・有（ ）
 妊娠中の喫煙：無・有（ ）

〈出産〉 出産日 年 月 日 在胎週数 週 日出産

分娩した病産院名

胎位 位、前置胎盤・早期破水・微弱陣痛・胎盤早期剥離・臍帯てん絡

陣痛と破水の関係：普通・前期破水・早期破水

破水から出産までの所要時間 時間

分娩方法：普通分娩・帝王切開（理由 ）・鉗子・吸引・無痛・墜落

仮死：無・有 自発呼吸まで（ 時間）

体重 g、身長 cm、頭囲 cm、胸囲 cm、腹囲 cm

受けた治療：酸素療法（ ）日間、人工呼吸器（ ）日間、その他（ 、 日間）

保育器の利用：無・有（ 日間）

経管栄養：無・有（ 日間）

経口哺乳：生後 日目から、哺乳力 良・不良

黄疸：弱い・普通・強い 治療：血液交換・光線療法（生後 日～ 日間）

退院 日目 退院時体重 g

哺乳力：母乳・人工栄養・混合・離乳開始（ 月）、完了（ 月）

4. お子さんの病気についてお尋ねします。

入院や手術の経験がありますか。 いいえ・はい（病名： ）

けいれんを起こしたことがありますか。 いいえ・はい

アレルギーを起こしたことがありますか。 いいえ・はい
 （アトピー性皮膚炎・じんましん・喘息・薬物・その他 ）

次の病気にかかりましたか。 突発性発疹（ 歳）、はしか（ 歳）、風疹（ 歳）
 水疱瘡（ 歳）、おたふくかぜ（ 歳）

5. お子さんの発達についての質問です。できるようになった時期をお答えください。

例) 0 歳 6 ヶ月 = (0 : 6) 1 歳 3 ヶ月 = (1 : 3)

固視………… (:) 触れたものを握る (:) あやして笑う………… (:)

追視………… (:) 首すわり………… (:) アーウーと声をだす… (:)

物に手を出す……（　：　）　寝返り………（　：　）　支えがあればおすわり（　：　）
 支えなしですわる（　：　）　お腹を下にしたままに移動する（　：　）
 ハイハイ………（　：　）　つかまり立ち（　：　）　つたい歩き（　：　）
 人見知りをする…（　：　）　独歩………（　：　）
 歯がはえた………（　：　）　マンマと言う（　：　）　喃語…（　：　）
 単語　………（　：　）　二語文………（　：　）　更衣…（　：　）
 排泄　オムツ・トイレ　排泄の告知…（　：　）　排泄の自立（　：　）
 離乳食の開始…（　：　）　離乳食の終了…（　：　）
 ストロウの使用（　：　）　コップの使用…（　：　）　手づかみ…（　：　）
 スプーンの使用（　：　）　お箸の使用……（　：　）

呼吸の状態 正常・人工呼吸器等使用（日中・夜間・24時間）（　）

食事　哺乳瓶でミルク　1回（　　）ml×（　　）回
 　　　母乳で（　　）時間ごと、または1日（　　）回
 　　　離乳食　①ポタージュ状、ハチミツ状
 　　　　　　　②プリン、茶わん蒸し等舌でつぶせる固さ
 　　　　　　　③バナナ輪切り、歯ぐきで、指でつぶせる固さ
 　　　普通食　普通の大きさ・キザミ・他（　　）
 　　　回数　1日_____回
 　　　量　　1回の量はどのくらい食べますか。主食（　　）副食（　　）
 　　　むせはありますか　無・有
 　　　水分をとる時間_____、_____回／日、（　　）ml／回

おむつ　かえる回数_____回／日

衣服の着脱　介助、一部介助、自立　協力動作が 無・有

理解　自分の名前を呼ぶと反応する　無・有
 　　　おいで、ねんね、たっちがわかってやろうとする　無・有
 　　　禁止、命令を理解する　無・有
 　　　絵の理解　無・有

6. その他、ご相談したいこと、ご心配なことがありましたら、お書きください。

*初診の方は、診察までにお時間がかかることがありますので、ご了承ください。

2025 年 3 月版