

乳幼児股関節検診 問診票

◎ 個人情報保護法に基づき、ご提供頂いた情報は診察・健康管理の目的以外に使用することはありません。

(ID:) 受診日:平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日(歳 ヶ月)
お名前	男	※1歳未満は、受診日の月齢 (ヶ月 日)	
	女		
ご住所	(〒 -)		
自宅電話番号	緊急連絡先	氏名	続柄()
携帯電話番号		電話番号	

◎ 問診票をご記入頂き、受付にお出し下さい。

紹介状についてお尋ねします。

(1) 紹介状はございますか。 (はい ・ いいえ)

(2)、(1)ではいと答えた方は、受診された医療機関名をご記入下さい。

(医療機関名:)

(3)、(1)でいいえと答えた方は、症状・気になる事などをご記入下さい。

()

出産に関してのご質問

Q1. 何番目の児ですか? (1番目、2番目、3番目、4番目、5番目以上) 1つ選んで下さい。

Q2. 妊娠期間 _____ 週 _____ 日 記入して下さい。

Q3. 出生時体重 _____ g 記入して下さい。

Q4. 分娩形態 (自然分娩、誘発分娩、鉗子分娩、帝王切開、その他) 選んで下さい。

Q5. 分娩時体位 (頭位、骨盤位、その他) 1つ選んで下さい。

Q6. お子様からみて、ご家族の方に股関節脱臼の人はいますか? あてはまるところに○をつけて下さい。

母親、父親、兄弟姉妹、祖父母、おば、おじ、いとこ

その他・・・()

股関節脱臼の家族歴なし

ご協力ありがとうございました

代筆者	受取者	新患登録者	画像取込者	最終チェック者