

Frontierkids Mio Tesoro 問診票①

記入日：20 年 月 日 ()

記入者 ()

お子様のお名前	フリガナ		年齢	歳 ヶ月		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	20 年	月	日	
所属 (通っている園)	(プレ・保育園・幼稚園・こども園) <input type="checkbox"/> 所属なし					
連絡先	〒 _____					
	日中連絡がつく電話番号 () _____ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 (固定・携帯・会社)					
	ご連絡のつくお時間帯 <input type="checkbox"/> 平日午前 <input type="checkbox"/> 平日午後 <input type="checkbox"/> 土曜 午前 <input type="checkbox"/> 土曜 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可能					
家族構成	関係	名前(名前のみ)	年齢	生年月日(西暦)	勤務先・学校名	連絡先
	父					
	母					
	兄弟姉妹					
相談したいこと (具体的に)						
いつ頃から、 どのような症状が あった、...など						
	※今回の相談は ➡ <input type="checkbox"/> 母・父 <input type="checkbox"/> 親族に勧められて <input type="checkbox"/> 園の先生に勧められて <input type="checkbox"/> その他 ()					
これまでに相談した 医療機関及び 相談機関	機関名	いつ	どんなことを			
		歳頃				
		歳頃				
		歳頃				
周産期歴	妊娠中に異常を指摘されたこと <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ、どのようなことを指摘されたか					
	<input type="checkbox"/> 高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 薬物使用 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> Rh 不適合					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
今までの発育歴	① 在胎： 週 日 ② 出生体重・身長： g ・ cm					
	③ どこで生まれましたか？(クリニック・病院名など) ()					
	④ 分娩の異常：無・有 (前期破水・帝王切開・吸引分娩・陣痛促進剤の使用)					
	④ 出生時の異常：無・有 (仮死・けいれん・NICU入院 () 日間・保育器の利用)					
	⑤ 新生児期の異常：無・有 (黄疸・強い黄疸・光線療法・交換輸血・母乳停止)					
	⑥ その他：					

