

# 「新生児専門外来」問診表

しんつなシェルキッズクリニック

新生児専門外来をされる方は、以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入あるいは✓をつけてください。

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- 1 本日、ご相談されたいお子さまの症状や気になるからだの部位はどこですか？  
 栄養（ 授乳方法  授乳量  哺乳力など）  血液系（ 黄疸  貧血）  
 運動、神経系（ 体の動かしがた  姿勢の異常  けいれん）  
 呼吸器系（ 呼吸が早い  苦しそう）  
 循環器系（ チアノーゼ  心雑音）  
 消化器系（ 嘔吐  便秘  ヘルニア）  泌尿器・生殖器系（性器の形など）  
 形態の異常（ 頭の形  斜頸  股関節）  
 皮膚（ 湿疹  あざ）  育児全般  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 2 その症状は、いつからはじまりましたか？  
 出生時から  生後（ \_\_\_\_\_ 日ごろから）
- 3 その症状について、どなたかに相談されたことはありますか？  
 なし  あり（ 出生された病院の産婦人科または小児科医師、助産師、看護師 \_\_\_\_\_）  
（ その他の医療従事者  ご家族  祖父母  その他（ \_\_\_\_\_ ））
- 4 妊娠中、お母さんに異常を認めたことや何か指摘されたことがありましたか？  
 なし  あり（ 妊娠中毒症（ 高血圧  尿蛋白）  妊娠糖尿病  骨盤位）  
（ 切迫流、早産  感染症  その他（ \_\_\_\_\_ ））
- 5 妊娠中、胎児のことで何か指摘されたことはありましたか？  
 なし  あり（ 子宮内発育遅延  胎児超音波の疑い所見（部位 \_\_\_\_\_））  
（ その他（ \_\_\_\_\_ ））
- 6 出産について教えてください。  
在胎 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日  
出生体重 \_\_\_\_\_ g、出生身長 \_\_\_\_\_ cm、出生頭位 \_\_\_\_\_ cm
- 7 分娩について教えてください。  
 経膣分娩  無痛分娩  帝王切開



- 8 吸引分娩や鉗子分娩はありましたか？  
 なし  あり（ 吸引分娩  鉗子分娩）
- 9 出生後、お子さまが入院したことや何か指摘されたことはありましたか？  
 なし  あり（ N I C Uに入院した :理由 )  
( 新生児室で加療を受けた:理由 )  
( 指摘され説明を受けた :内容 )  
( その他 )
- 10 今の授乳について教えてください。  
 完全母乳  混合栄養  人工栄養
- 11 授乳へのご希望を教えてください。  
 完全母乳でいきたい  混合栄養でよい  母乳をやめたい  
 その他 ( )
- 12 現状の育児について教えてください。  
 ワンオペ（ 母のみ  父のみ）  両親で  祖父母の協力がある  
 ご家族の協力がある  友人や地域の協力が得られる  
 その他 ( )
- 13 今の親御さんの状況について教えてください。  
 楽しく育児が行える、行えそうである  まあまあ不安  かなり不安
- 14 次回の産院への受診はいつですか？  
 生後2週間  1か月健診  ( 日後 )  不定、もしくはなし
- 15 1か月健診以降に産院へ行く予定（母乳外来・赤ちゃん教室など）はありますか？  
 なし  あり ( )
- 16 保育園などに通園する予定はありますか？  
 当面ない  悩み中  保育園（おおむね 才頃から）  
 協力いただけるご親族にあずける（おおむね 才頃から）

その他、ご相談されたいことがありましたら、ご自由にご記入ください。