

医療調査票 ・ 健診歴

氏名 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日記

服薬

薬の名前	服薬回数	量	処方された医療機関
	1日 回(朝・昼・夕・寝る前)	mg	
	1日 回(朝・昼・夕・寝る前)	mg	
	1日 回(朝・昼・夕・寝る前)	mg	

予防接種の記録 ▷該当箇所に☑を入れてください

種類	回数	既往あり
BCG	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/>
四種混合	<input type="checkbox"/> 1期① <input type="checkbox"/> 1期② <input type="checkbox"/> 1期③ <input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/>
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1期① <input type="checkbox"/> 1期② <input type="checkbox"/> 1期③ <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期	<input type="checkbox"/>
小児用肺炎	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/>
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/>
水痘	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/>
MR(麻疹風疹)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期	<input type="checkbox"/>

出生時情報 ▷該当箇所に☑を入れてください

妊娠歴	既往妊娠(____ 回) <input type="checkbox"/> 正常出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
母体の状態	<input type="checkbox"/> 特に異常なし		
	<input type="checkbox"/> 衰弱 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 父の家庭内喫煙		
	<input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 ⇒ 入院(病院名: _____ 期間: 約 ____ カ月)		
胎児の状態	<input type="checkbox"/> 切迫早産 ⇒ 入院(病院名: _____ 主治医: _____)		
	<input type="checkbox"/> 特別に異常なし		
	<input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 心疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 奇形の可能性 <input type="checkbox"/> 発育不全 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
出生時の状態	在胎(____ 週 ____ 日) 出生時体重(_____ g) 入院期間(____ 日間)		
	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	<input type="checkbox"/> 特別に異常なし		
	<input type="checkbox"/> 新生児黄疸(光線治療: ____ 日間)		
	<input type="checkbox"/> 仮死(アプガ-スコア: ____ 点 / ____ 点)		
	<input type="checkbox"/> 早産		
	<input type="checkbox"/> 保育器の使用(期間: ____ 日間)		
	<input type="checkbox"/> 呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 心臓の問題 <input type="checkbox"/> 未熟児網膜症 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> その他(_____)		

健診歴 ▷該当箇所に☑を入れてください

時期	内容	経過観察指示
1カ月健診	<input type="checkbox"/> 心臓の問題 <input type="checkbox"/> 心雑音あり <input type="checkbox"/> 染色体の問題 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 股関節の脱臼(亜脱臼) <input type="checkbox"/> 音への反応がない	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4カ月健診	<input type="checkbox"/> 身体発達の遅れ <input type="checkbox"/> 異常なし { <input type="checkbox"/> 首がすわらない <input type="checkbox"/> 目で物を追いかけることがみられない <input type="checkbox"/> 音への反応がない	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
後期健診	<input type="checkbox"/> 身体発達の遅れ { <input type="checkbox"/> 首がすわらない <input type="checkbox"/> 一人で床にすわれない <input type="checkbox"/> ハイハイができない <input type="checkbox"/> 伝い歩きができない <input type="checkbox"/> つかまり立ちができない <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ(<input type="checkbox"/> 名前を呼んでも反応がない)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1歳半健診	<input type="checkbox"/> 身体発達の遅れ(<input type="checkbox"/> 一人歩きができない) <input type="checkbox"/> 異常なし { <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ { <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも反応がない <input type="checkbox"/> 指さし行為がみられない <input type="checkbox"/> 意味のある単語の表出がない	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3歳半健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 自閉的傾向	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無