

フリガナ _____ 年齢 _____ 性別 _____ 本日の日付 20 年 月 日

氏名 _____ 歳 _____ ヶ月 男・女

当てはまるものに○、または具体的な内容の記入をお願いします。

受診理由 (→ _____)

◇出生体重 _____ g ◇出生週数 _____ 週 日 ◇第 _____ 子 (兄/姉の年齢 _____)

1. 出産方法について

経膣分娩 (頭位 ・ 骨盤位 ・ 横位) ・ 帝王切開

2. 血縁者 (両親・きょうだい・祖父母) に股関節脱臼を経験された方はいますか。

いいえ ・ はい (→ _____)

3. これまで乳児健診で発達異常などを指摘されたことはありますか。

いいえ ・ はい (→ _____)

4. 太もものしわの数や位置が左右で違うと感じることはありますか。

いいえ ・ はい (→ _____)

5. 向き癖はありますか。

なし ・ 右向きが多い ・ 左向きが多い

6. おむつ替えのときなどに足が開きにくいと感じることはありますか。

いいえ ・ はい

7. 股関節を動かしたときに音が鳴ることはありますか。

いいえ ・ はい

8. スリングを使用していますか。

いいえ ・ はい

9. 気になることがあればご記入ください。(→ _____)