

# 問診票（乳児健診1ヵ月）

記入日： 年 月 日

フリガナ ----- 氏 名		生年月日	平成・令和 年 月 日( 才 ヲ月)
住 所	〒		
電話番号			

1. 授乳方法で当てはまるものにチェックを入れて下さい。

母乳のみ ( 回/日)

混 合 (母乳 回/日、ミルク ml × 回 /日)

2. たくさん吐くことがありますか？

いいえ  はい

3. ゲップは上手に出せますか？

はい  いいえ

4. 便の回数 ( 回/日)

5. 便の色 ( )

6. お母さんの顔をみつめたり目が合うことがありますか？

はい  いいえ

7. 大きな音にびっくりしますか？

はい  いいえ

8. 光が当たると眩しそうにしますか？

はい  いいえ

9. おへそは乾いていますか？

はい  いいえ

10. 手足は左右差なくバタバタ動かしませんか？

はい  いいえ

11. お母さんのおっぱいにトラブルはありますか？

いいえ  はい

12. 毎日の子育てを助けてくれる人はいますか？

はい  いいえ

13. 何か気になることはありますか？

[ ]

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

\*医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

