**遺伝科問診票**

ID

名前

**初めて遺伝科外来の診察を受けられる方へ**

診察の際の大切な資料になります。できる範囲で、母子手帳を参考にしてご記入ください。

1. 本日は、どんな目的で遺伝科外来を受診されましたか

1. どちらからの紹介ですか　　（　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　科）
2. ご家族の状況

兄（　　　　）才

祖父（　　　　）才

父（　　　）才、職業（　　　　）

姉（　　　　）才

祖母（　　　　）才

本人（　　　）才

祖父（　　　　）才

母（　　　）才、職業（　　　　）

妹（　　　　）才

祖母（　　　　）才

弟（　　　　）才

お母様にこれまで流産死産がありましたか　（無・有）

ご両親に病気があればおかきください　　　（無・有　病名　　　　　　　　　　）

ご両親は血族結婚ですか　　　　　　　　　（はい・いいえ）

ご家族、本人の兄弟、ご親戚に

　　てんかん、神経筋肉の病気の方　　　　（無・有　病名　　　　　　　　　　）

　　心臓の病気の方　　　　　　　　　　　（無・有　病名　　　　　　　　　　）

　　高血圧・腎臓の病気の方　　　　　　　（無・有　病名　　　　　　　　　　）

　　目や耳の不自由な方　　　　　　　　　（無・有　病名　　　　　　　　　　）

　　喘息やアレルギーの方　　　　　　　　（無・有　病名　　　　　　　　　　）

　　生まれつきの病気の方　　　　　　　　（無・有　病名　　　　　　　　　　）

1. 妊娠や出産時の様子

不妊治療　（無・有）　　　　（治療法：　　　　　　　　　　　　　　　　）

妊娠中の様子を教えて下さい

　　流産傾向　　　　　　　　　　（無・有）

　　つわり　　　　　　　　　　　（弱・普通・強）

　　　　　胎動　　　　　　　　　　　　（弱・普通・強）

　　　　　妊娠中毒症　　　　　　　　　（無・有）

　　　　　病気やお薬の治療　　　　　　（無・有　薬剤名：　　　　　　　　　　　）

　　　　　お酒・たばこなど　　　　　　（無・有）

　　　出産時の様子を教えて下さい

　　　　　出産の病院　　（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　在胎週数　　　　週　　　　日、予定日　　　　年　　　　　月　　　　日

　　　　　お母さまの妊娠に気づかれた時の年齢（　　　　　　　才）

　　　　　分娩は（普通分娩・帝王切開　　理由：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　分娩所要時間　（約　　　　　　　　　時間）

　　　　　出産時の体重（　　　　　　）g、身長（　　　　　）㎝、頭位（　　　　）㎝

　　　仮死があるといわれましたか（いいえ・はい：治療　　　　　　　　　　　　　　）

　　　保育器に入りましたか　　　（いいえ・はい：　　　　　　　日間）

　　　経管栄養をおこないましたか（いいえ・はい：　　　　　　　日間）

　　　経口哺乳は（　　　　　　）日目から、哺乳力は（良・不良）

　　　黄疸は（弱・普通・強）

治療：（無・光線療法　　　　　　　日間・交換輸血）

　　　退院は（　　　　　　）日目、体重（　　　　　　　）g

1. お子さんの今までの病気について

入院や手術の経験はありますか（いいえ：はい）

具体的に：

けいれんをおこしたことがありますか（いいえ・はい）

アレルギーの素因はありますか（いいえ・はい）

　具体的に：

1. お子さんの発達について歩き

できるようになった月齢を例のようにご記入ください

例）0才6カ月＝0：6、1才6カ月＝1：6

首のすわり　（　：　）、 寝返り （　：　）、 おすわり （　：　）、

四つばい 　（　：　）、 つかまり立ち（　：　）、 つたい歩き (　：　）、

ひとり歩き　（　：　）、 走る （　：　）、 追視 （　：　）、

あやすと笑う（　：　）、　物に手をだす（　：　）、 物をつかむ（　：　）、

アーという　（　：　）、 マンマという（　：　）、 有意語 （　：　）、

離乳食の開始（　：　）、　離乳食の終了（　：　）、 生歯 （　：　）、

ストローの使用（　：　）、コップの使用（　：　）、 更衣に協力（　：　）、

排泄を教える（　：　）、 排泄の自立 （　：　）

1. 遺伝科外来の診療では、場合により認定遺伝カウンセラーが一緒に対応させていただきます。

ご協力ありがとうございました

遺伝科初診の当日に、ご持参いただき提出してください

長野県立こども病院　遺伝科