

ID
名前

遺伝科問診票

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

2. どちらからの紹介ですか (_____ 病院 _____ 科)

3. ご家族の状況

祖父 () 才	└───┬───	父 () 才、職業 ()	┌───┬───┬───┬───┬───	兄 () 才
祖母 () 才		母 () 才、職業 ()		姉 () 才
祖父 () 才				本人 () 才
祖母 () 才				妹 () 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けください (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 _____)

4. 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ください

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ください

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 (_____) cm、頭位 (_____) cm

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

5. 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 : _____

6. 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 (:)

7. 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