

# 赤ちゃん 外 来 問 診 票

記入年月日 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	年 月 日
お名前			( )歳 ( )ヶ月	
ご住所	〒	最近の体重	kg・g	
		お電話番号	( )	

## 1. 赤ちゃんについておしえてください

- ・ 出生週数 ( 週 日)
- ・ 出生体重 ( g)
- ・ 妊娠中赤ちゃんのことで何か指摘されましたか? ( はい ・ いいえ )  
はい と答えられた方へ: 具体的にどのような指摘を受けましたか?  

---

---
- ・ 生まれた産院で何か治療を受けましたか? ( はい ・ いいえ )  
はい と答えられた方へ: 具体的にどのような指摘を受けましたか?  

---

---

- ・ 今まで健診で何か指摘を受けた事がありますか ( はい ・ いいえ )  
はい と答えられた方へ: どのような指摘を受けましたか?  

---

---

## 2. 今日の相談内容を教えてください

---

---

---

---