

早産児・NICU 卒業生問診票



名前（ふりがな）： _____（ _____ ） 男・女

年齢： _____ 歳 _____ ヶ月 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所：〒 _____

電話：① _____ ② _____

体重： _____ kg（小学生以下のみ） 体温： _____ °C

👶 出産した病院はどちらですか？：(_____)

👶 お子さんが入院していた病院はどちらですか？：

(_____)

👶 お生まれになった週数、体重を母子手帳を見てお答えください？

(_____ 週 _____ 日

体重 _____ g 頭囲 _____ cm)

👶 出産予定日はいつでしたか？：

(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

👶 お子さんが NICU 等に入院していた場合、簡単に入院理由をお聞かせください。

(_____)

 今回、当院の外来を受診しようと思ったきっかけを以下から選んでください



退院後フォロー先の外来から紹介された



退院後のフォローがない、または終了となったので、心配になった



心配事があるので退院先のフォローと並行して通院したい

 集団生活はしていますか？： いいえ・はい

幼稚園、保育園、学校名（ _____ ）

 療育医療センター等に通っていますか？： いいえ・はい

通園先名（ _____ ）

 本日一番気になっていること、聞きたいことはどのようなことですか？



とどろきキッズクリニック
TODOROKI KIDS CLINIC