

田園調布オリーブレディースクリニック問診(母乳外来)

フリガナ	生年月日	昭和・平成
名前	年 月 日()歳	
住所 〒		
TEL	携帯	

本日はどうされましたか？

- 痛み しこり 赤み 熱っぽい、発熱している 張りがある
赤ちゃんの体重チェック 乳汁分泌が少ない 乳汁分泌が多い
卒乳・断乳の相談 特に症状はないが自費でマッサージを受けたい
その他 ()

お子さんについて教えてください

平成 ____年 ____月 ____日生まれ (現在 ____歳 ____ヶ月) 男の子・女の子

・出産について

妊娠 ____週 体重 _____g 出産場所→

出産時に何か異常がありましたか→ ない・ある()

現在の栄養法→母乳・混合・ミルク・離乳食・離乳完了

・今まで治療や通院をしたことはありますか→ない・ある()

・出産後または乳児検診等でDrに注意するよう指示されていることはありますか

ない・ある()

お母さんについて教えてください

・現在内服中のお薬はありますか→ない・ある()

・アレルギーはありますか→ない・ある()

・B型・C型肝炎、ATLA、梅毒等感染症の指摘はありますか→ない・ある()

・今まで治療や通院をしたことはありますか→ない・ある()

・現在妊娠されていますか→ない・可能性ある・はい ヶ月

お子さんにご兄弟がいらっしゃる方は教えてください

年月日	週数	体重	性別	栄養法	備考
H / /	w	g	男・女	母乳・混合・ミルク	
H / /	w	g	男・女	母乳・混合・ミルク	
H / /	w	g	男・女	母乳・混合・ミルク	
H / /	w	g	男・女	母乳・混合・ミルク	

・当院は何でお知りになりましたか→