

## 小児外科問診票(Ⅳ. 舌小帯・上唇小帯短縮症)

記入日： 年 月 日

記載者：本人・父・母・その他( )

フリガナ

生年月日

患者氏名

年齢

歳

ヵ月

性別

※診断に必要な場合、口腔内へ指を挿入しての診察を行う場合があります。

あらかじめ、ご理解いただきますようお願い致します。

※ご本人とご家族の身長・体重をご記入ください

続柄	年齢	身長	体重
父	歳	c m	k g
母	歳	c m	k g
兄・姉	歳 ヵ月	c m	k g
兄・姉	歳 ヵ月	c m	k g
本人	歳 ヵ月	c m	k g
弟・妹	歳 ヵ月	c m	k g
弟・妹	歳 ヵ月	c m	k g

下記の項目について、ご記入または、○をつけてください

## 1. どのような症状がありますか

舌先がハート型になる / 舌足らず / 浅飲み / 眠り飲み / 体重が増えない

(母の) 乳首が痛い / すきっ歯 / 歯磨きがしづらい / 嘔吐 / おならが多い

親も舌小帯を切った / アイスクリームが舐められない

その他 ( )

## 2. その症状は、いつ頃気になりましたか

年 月 日頃 ( 歳 ヵ月) から

## 3. 現在、治療している病気はありますか

病名	時期 (年齢)
なし /	

## 4. 現在、使用している薬はありますか

なし /	
------	--

5. 今までにかかったことのある病気はありますか

病名	時期 (年齢)
なし /	

6. 今までに手術を受けたことはありますか

病名	時期 (年齢)
なし /	

7. アレルギーはありますか

食べ物	なし/ 卵 / 乳・乳製品 / 小麦 / その他
薬剤	なし /
その他	

8. 家族の方で下記のような病気を指摘されたことがある方はいますか

病名	続柄
なし / 血液疾患 (血が止まりにくいなど) その他 ( )	

9. 妊娠中・出産時の経過についてご記入ください

1. 妊娠中の異常	なし / 妊娠糖尿病 / 妊娠高血圧症候群 / 切迫流産・早産 / 前置胎盤 / 胎盤機能不全 / その他 ( )
2. 在胎週数	( ) 週 ( ) 日
3. 分娩時の異常	なし / 前・早期破水 / 微弱陣痛 / 臍帯巻絡 / 廻旋異常 / 墜落産 その他 ( )
4. 分娩方法	普通 / 吸引 / 鉗子 / 帝王切開 / その他 頭位 (正常) 分娩 / 骨盤位 (逆子) 分娩
5. 出生時身長・体重	出生時身長 ( ) cm 出生時体重 ( ) g
6. 出生時の異常	なし / 仮死 / 黄疸 (普通 / 強 / 光線療法 日間 ) その他 ( )

10. 当院をどのようにお知りになりましたか (他院からの紹介 / ホームページ / 看板 / その他 )

ご記入ありがとうございました。その他、ご不安な点やご相談がありましたらご記入ください。