

※この用紙は、市民健康センターで股関節脱臼検査を受ける際にお持ち下さい。

先天性股関節脱臼検査個人票

受診番号

受診 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	令和 年 月 日 (満 か月)
子どもの氏名	(男・女)		
保護者氏名	〒 住所	電話	—
1. 出生時の体重は？ _____ g 2. お子さまは何週で産まれましたか？ 妊娠 _____ 週 3. 分娩の状況 ・ 正常 ・ 異常 ☐帝王切開(逆子の為) ☐帝王切開(その他) ☐吸引分娩 ☐その他() 4. お子さまの祖父母・両親・兄弟に股関節の病気で治療をしたり、経過をみていた方がいませんか？ ・ いない ・ いる → 誰() 5. お子さまの首と足に気になることはありますか？ ・ ない ・ ある → どんなことですか()			
診 療 所 見	1. 異常なし		
	2. 有所見 2項目以上 () 開排制限 () 女兒 () 皮膚溝 () 逆子 () 家族歴		
	3. おむつ (テープ ・ パンツ)		
		担当医師名	印

※太線で囲んである部分を記入して下さい。