

### 先天性股関節脱臼検査票

フリガナ	性別	生年月日	令和 年 月 日 ( 月 )
氏名	男・女		
住所 〒		電話番号	

- 第 ( ) 子  
 兄・姉いる方ご記入下さい。  
 第1子(男 / 女 : 脱臼検査 済 / 未) 第2子(男 / 女 : 脱臼検査 済 / 未)  
 第3子(男 / 女 : 脱臼検査 済 / 未) 第4子(男 / 女 : 脱臼検査 済 / 未)
- 在胎期間 : 週 + 日
- 分娩形態 : 経膣 ( 頭位 / 臀位 ) 帝王切開(理由: )
- 生下時体重 : g 生下時身長 : cm
- 首の向き癖 : ない : ある ( 右 / 左 ) : 以前あった ( 右 / 左 )
- ご家族、ご親戚の中で股関節脱臼又は、ケガ以外で股関節のご病気の方はいますか？  
 ( はい / いいえ )  
 はいに○をつけた方にお聞きします。  
 どなたがどのような治療を受けたかご記入ください。  
 例 (お子さまのご両親、父方、母方それぞれの祖父母、叔父、叔母さま) がバンド装着したなど。  
 ( )
- 今までにかかった病気や大きな怪我、現在治療中の病気はありますか ( 有 / 無 )
  - ヶ月の時病名( )・治った・現在も治療中(病院名: )
  - ヶ月の時病名( )・治った・現在も治療中(病院名: )
- 今までに薬や注射や食べ物で体の具合が悪くなったり、アレルギーを起こした事がありますか  
 いいえ ・ はい ( )