初回インタビューシート（小児用・0～6才対象）

ふりがな　（　　）□ 男　□ 女

氏名（お子様）　　生年月日　西暦　　年　　月　　日　（　　）才　（　　）ヶ月

身長　　cm　体重　　kg　ご兄弟（ご年齢及び続柄）　歳（　　）　歳（　　）　歳（　　）　歳（　　）

保護者のお名前 母　　父

住所　〒　　－

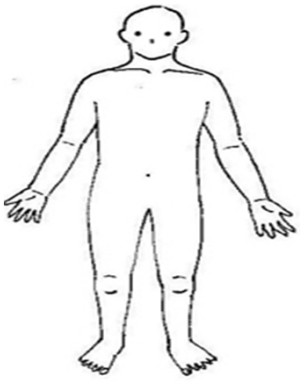
電話番号　●自宅　　－　　－　　/●携帯番号　　－　　－　　続柄（　　）

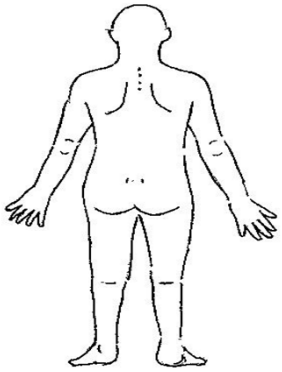
※ご希望によりケアの一貫として、メルマガの配信を行います。希望されない場合は≪□いいえ≫にチェックを入れてください。

Eメール（PC）　　続柄（　　）　□いいえ

Eメール（携帯）　　続柄（　　）　□いいえ

右下の例のように、痛み、違和感のある場所、痛みの程度を［1～10最大痛］の数字でご記入ください

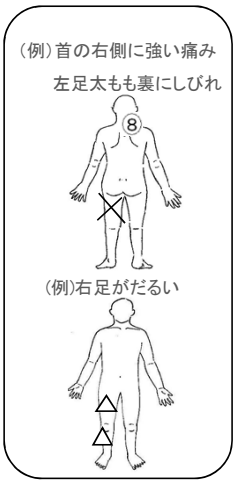




痛い　○

重い・だるい　△

しびれ　×



院長記入欄			
Sc		T7	
Oc		T8	
AT		T9	
AX		T10	
C3		T11	
C4		T12	
C5		L1	
C6		L2	
C7		L3	
T1		L4	
T2		L5	
T3		SB	
T4		SA	
T5		L	
T6		R	

出生時の体重、身長を教えてください。　出生時の体重（　　）g　出生時の身長（　　）cm

（1）お産について（当てはまるものに✔をして下さい）
□自然（経膣）分娩　□骨盤位（逆子）　□帝王切開　□鉗子分娩　□吸引分娩　□総合病院　□産科医院　□助産院　□自宅出産
□促進剤　□その他（　　）

分娩時間について（　　）時間　アプガースコア　（　　）点
体が青くなる（チアノーゼ）ことはありましたか？　□はい　□いいえ
体が黄色くなる（黄疸、おうだん）ことはありましたか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合、その問題についてお聞かせ下さい

（2）授乳について：□母乳　□ミルク　□混合
□吸い付く力が弱かった　□うまく飲みこめなかった　□飲む量が少なかった　□げっぷがうまくできなかった
□吐くことが多かった　□片方のおっぱいからしか飲まなかった

離乳したのはいつごろですか？　　ごろ

（3）離乳食について：
アレルギーやその他問題はありましたか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合、その問題についてお聞かせください

（4）お子さまの睡眠について：□ぐっすり良く眠る　□ふつう　□あまりよくない
夜にまとめて何時間くらい眠りますか？　　時間くらい

初回インタビューシート（小児用・0～6才対象）
妊娠中に何か問題はありましたか？　□はい　□いいえ
ふりがな　　（　　）

（6）出産時に何かの問題はありましたか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合、その問題についてお聞かせください

（7）お子さまに何か先天性の問題はありますか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合、その問題についてお聞かせください

（8）お子様の体調について：
高い熱の出る病気にかかったことはありますか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合、以下の点についてお聞かせ下さい

いつ（　　）、（　　）度ぐらいの熱が、（　　）日ぐらい続いた

検査や治療内容

その時にひきつけ、けいれんをおこしましたか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合、以下の点についてお聞かせ下さい。＿＿＿＿回

その後、発育や発達の様子が　□変わった　□変わらない

（9）何かお薬は飲まれていますか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合、お薬の名前とその理由をお聞かせください

（10）当クリニックに来られた理由について：
最初に気付かれたのは？　どなたが（　　）　いつ（　　）

どのようなきっかけで

その理由について、医療機関で診断を受けられましたか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合　いつ（　　）どこで（　　）　診断名（　　）

その理由について、何か治療やアプローチをされましたか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合　いつ（　　）どこで（　　）

検査や治療内容

（11）お子さまの病気について、すでにかかったものに✔をつけて下さい：
□突発性発疹　□はしか（麻疹）　□風疹（三日ばしか）　□おたふくかぜ　□水ぼうそう
□その他（　　）

お子さまの発達について、以下のことができるようになったのはいつですか？

首がすわる ＿＿＿＿　寝返りをする ＿＿＿＿　おすわりをする ＿＿＿＿　はいはい＿＿＿＿

つかまり立ち ＿＿＿＿　伝い歩き ＿＿＿＿　一人で立つ＿＿＿＿　一人で歩く＿＿＿＿

（12）これまでに手術を受けたことはありますか？　□はい　□いいえ
「はい」の場合、その理由についてお聞かせください

●個人情報の取扱いに関する同意について
当院でサービスを受けるにあたり、私が提供する情報が別紙「ファミリーカイロプラクティック三鷹院での個人情報の取り扱いについて」に基き管理、利用されることに同意します。　※保護者の方がご署名ください。

西暦　　年　　月　　日　ご署名：

●事前視聴動画
次の動画を、ご予約当日までにご視聴下さい。
※ご同伴者様全員の事前視聴をお願いいたします。

【初回ビデオ_16分6秒】
https://youtu.be/4V51OHe8MHs