

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 ×

(例)首の右側に強い痛み  
左足太もも裏にしびれ

(例)右足がだるい

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(経膈)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? \_\_\_\_\_ ころ

(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

(5) 妊娠中に何か問題がありましたか？  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

(6) 出産時に何かの問題がありましたか？  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がありますか？  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) 頭のかたちについて  
ヘルメット治療の検査をしましたか？  はい  いいえ  検討中  
ヘルメット治療を受ける予定はありますか？  はい  いいえ  検討中

(11) 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

(12) 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 \_\_\_\_\_

(13) 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>