

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()

*インタビューシートを記入されているのは、母・父・その他(お名前) 続柄

保護者のお名前 母()年齢()才 父()年齢()才

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

以下の質問の当てはまるものに☑、又は○で囲んでください。複数回答可。

(1)来院のきっかけ

- 紹介()様 ホームページ(検索キーワード:) SNS チラシ 院パン
- YouTube当院の紹介(4分) YouTube健康探究赤ちゃん編(68分) 小児心身医学会 国際小児カイロプラクティック協会
- 雑誌ひよこクラブ 雑誌ベビモ 探究学舎 国際基督教大学同窓会 むーなび Withbaby その他()

(2)来院理由

- 頭の形のゆがみ 向き癖(右) 向き癖(左) 目の大きさが違う
- 反り返り 体の突っ張り 横抱きができない(生後4か月以下対象) 背ばい・背中ブリッジ 背中スイッチ
- 手足の指が緊張している 腕の緊張 足の緊張 手足をバタンバタンさせる 体が揺れている
- 動きがカクカクと硬い動きをしている 関節の動きが悪い(部位:)
- ハイハイがおかしい 座り方がおかしい つかまり立ちをしない(生後10か月以上) ぐずり・機嫌が悪いことが多い
- うつ伏せ寝になる 夜泣きが多い 便秘(1日に1回出ないことがある)
- 鼻炎 中耳炎 皮膚炎 熱が出やすい その他()

(3)-① (2)で頭の形のゆがみに☑した方にお尋ねします。 出っ張っている部位(凸)、へこんでいる部位(凹)、気になる頭の形に☑して

- 長頭 短頭 斜頭 絶壁 ハチ張り その他()
- 凸部位: 右後頭部 左後頭部 右前頭部 左前頭部
- 凹部位: 右後頭部 左後頭部 右前頭部 左前頭部

(3)-② 最初に気付かれたのは?どなたが(父 母 助産師 医師 その他) いつ(生後すぐ 生後 ヶ月 健診

- 医療機関で診断を受けられましたか? いいえ はい いつ()どこで()診断名()
- 何か治療やアプローチをされましたか? いいえ はい いつ()どこで()内容()
- ドーナツ枕 小児科医院 頭のかたち外来 整体院 鍼灸院 ベビーマッサージ

(4)頭の形のゆがみや向き癖などを改善するために試した方法

- タオルを頭に当てる ドーナツ枕 ベビーマッサージ その他()

(5)頭のかたちについて

- ヘルメット治療の検査をされましたか? 検討中 いいえ はい 検査結果()
- ヘルメット治療をされましたか? いいえ はい いつから()才 ヶ月 ~ ()才 ヶ月 ・ 現在使用中)
- ヘルメット治療を受ける予定はありますか? 検討中 いいえ はい

(6)妊娠中に何か問題はありましたか? 切迫早産 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病 その他()

(7)お産について

- 自然(経膈)分娩 促進剤 無痛分娩 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
- 骨盤位(逆子) 臍帯巻絡 その他()

(8)出生時の様子

- 出生時の体重()g 出生時の身長()cm 分娩時間()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? いいえ はい
- 体が黄色くなる(黄疸、おうだん)ことはありましたか? いいえ はい
- その他の問題点()

(8) 授乳について：

生後すぐ～生後1か月 母乳 ミルク 混合
 生後1か月～生後6か月 母乳 ミルク 混合
吸い付く力が弱い うまく飲みこめない 飲む量が少ない 片方のおっぱいからしか飲まない
げっぷがうまくできない 吐き戻しが多い
横抱きで飲めない まったく問題なく飲む
 離乳したのはいつごろですか？ () 月) ごろ 授乳継続中
 授乳回数1日 (~) 回 1回の授乳量 (~) ml 1回当たりの飲む時間 (~) 分

(9) 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？ いいえ はい ()

(10) 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 ()
 夜にまとめて眠る時間： 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12 時間くらい

(11) 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？ いいえ はい
 いつ ()、() 度ぐらいの熱が、() 日ぐらい続いた
 検査 () 治療内容 ()
 その時にひきつけ、けいれんをおこしましたか？ いいえ はい 回数 () 回
 その後、発育や発達の様子が 変わらない 変わった

(12) お薬は飲まれていますか？ いいえ はい 種類 () とん服 毎日服用

(13) お子さまに何か先天性の問題はありますか？

いいえ はい ()

(14) 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 ()

(15) お子様の発達について

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生後何カ月(何歳)ですか？
 首がすわる () 月) 寝返り () 月) お座り () 月) はいはい () 月) つかまり立ち () 月)
 伝い歩き () 歳 月) 一人で立つ () 歳 月) 一人で歩く () 歳 月)

(15) これまでに手術を受けたことはありますか？

いいえ はい ()

(16) ご家族は以下の治療を受けたことがありますか？

カイロプラクティック いいえ 父 母 兄弟
 整体 いいえ 父 母 兄弟
 鍼灸 いいえ 父 母 兄弟
 整骨院 いいえ 父 母 兄弟

(17) 初回来院前ビデオ、ホームページ (<https://mitaka-baby-seitai.com/>) をご覧いただいて質問がありましたら、ご記入ください。

(18) その他、気になることがありましたら、ご自由に記入ください。

●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>