

# 小児カイロプラクティック、初回インタビューシート

(保護者の方がご記入下さい)

お子さまのお名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 西暦・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 才 ( ) ヶ月 兄弟 \_\_\_\_\_ 人

保護者のお名前 母 \_\_\_\_\_ 父 \_\_\_\_\_

保護者の職業 母 \_\_\_\_\_ 父 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅・携帯) \_\_\_\_\_

Eメール \_\_\_\_\_

当クリニックに来られた理由をお聞かせ下さい

\_\_\_\_\_

出生時の体重 \_\_\_\_\_ g 出生時の身長 \_\_\_\_\_ cm

現在の体重 \_\_\_\_\_ 現在の身長 \_\_\_\_\_

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・吸引分娩 \_\_\_\_\_

総合病院 \_\_\_\_\_ 産科医院 \_\_\_\_\_ 助産院 \_\_\_\_\_ 自宅出産 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_

アプガー点 1分 \_\_\_\_\_ 5分 \_\_\_\_\_

妊娠中に何かトラブルはありましたか? はい ・ いいえ

「はい」の場合、そのトラブルについてお聞かせ下さい

\_\_\_\_\_

出産時に何かトラブルはありましたか? はい ・ いいえ

「はい」の場合、そのトラブルについてお聞かせ下さい

\_\_\_\_\_

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下さい

\_\_\_\_\_

当クリニックに来られた理由について:

最初に気づかれたのは? 誰が \_\_\_\_\_ いつ \_\_\_\_\_

どんな事から

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

\_\_\_\_\_

生まれてすぐに：

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、どのような治療を受けましたか？

---

授乳について：当てはまるものに○をつけて下さい

母乳 \_\_\_\_\_ ミルク \_\_\_\_\_ 混合 \_\_\_\_\_

吸い付く力が弱かった \_\_\_\_\_ うまく飲み込めなかった \_\_\_\_\_

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

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下さい

---

お子さまの睡眠について： ぐっすり良く眠る ・ ふつう ・ あまり良くない

夜に何時間くらい眠りますか？ \_\_\_\_\_ 時間くらい

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 \_\_\_\_\_ 回くらい

その後、発育や発達の様子が 変わった ・ 変わらない

「変わった」の場合、具体的にお聞かせ下さい

---

子供の病気について、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 \_\_\_\_\_

はいはいをする \_\_\_\_\_ つかまり立ち \_\_\_\_\_ 伝い歩き \_\_\_\_\_

一人で立つ \_\_\_\_\_ 一人で歩く \_\_\_\_\_

病気や事故などにより、緊急で病院に行かれたことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合、その理由や治療についてお聞かせ下さい

---

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下さい

---

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下さい

---