

Earth Family Chiropractic

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。)

お子様のお名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 西暦・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 才 () か月 兄弟 _____ 人

保護者のお名前 父 _____ 母 _____

保護者の職業 父 _____ 母 _____

住所 _____

電話番号 (自宅・携帯) _____

Eメール _____

当オフィス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 _____ g 現在の身長 _____ cm

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 _____

アップガ一点 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、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。

お子様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。

当オフィスに来られた理由について

最初に症状に気付かれたのは？ 誰が： _____ いつ： _____

どんなことから： _____

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：

体が青くなる事（チアノーゼ）はありましたか？ はい ・ いいえ

体がきいろくなること（黄疸）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：あてはまるものに○を付けて下さい。

母乳_____ ミルク_____ 混合_____

吸いつく力が弱かった_____ 上手く飲み込めなかった_____

飲む量が少なかった_____ げっぷが上手く出来なかった_____

吐く事が多かった_____ 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？ _____

離乳食について、アレルギーやその他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下さい。

お子様の睡眠について： ぐっすり良く眠る ・ ふつう ・ あまり良くない

夜は何時から何時まで眠りますか？ _____ 時 ~ _____ 時（_____ 時間）

昼寝は何時から何時まで眠りますか？ _____ 時 ~ _____ 時（_____ 時間）

高い熱の出る病気にかかった事がありますか？ 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_____ 度位の熱が_____ 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、_____ 回位

その後、発達や発育の様子が 変わった ・ 変わらない ・ 分からない
「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○を付けてください。

突発性発疹 _____ はしか（麻疹） _____ 風疹（三日はしか） _____
おたふくかぜ _____ 水ぼうそう _____ その他 _____

お子様の発達について、以下の事が出来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 _____ お座りをする _____
はいはいをする _____ つかまり立ち _____ 伝い歩き _____
1人立ち _____ 1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

今現在、何かお薬を飲まれていますか？ 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 _____

私の知る範囲において、上記の内容が事実であることを約束いたします。

保護者氏名： _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日