

塩川カイロプラクティックオフィス

(小児カイロプラクティック)

(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: _____ 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

私の知る範囲において、上記の情報が真実であることを約束します。

署名: _____ 日付: _____