

No _____ No _____

問 診 票

受診日 年 月 日

太枠内記載必須 ※成人であっても学生の場合は保護者氏名を記載願います。

ローマ字表記			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ふりがな				
患者氏名				
生年月日	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)			
保護者氏名 (続柄)	()			
住 所	〒			
電 話 番 号	自宅			
	携帯			
メール	@			

1. 出生時の状況




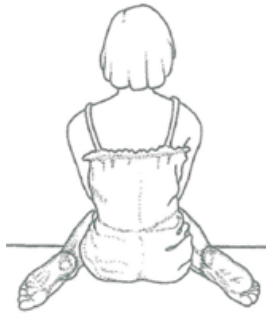
妊娠中の異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
出生時体重 g	出生週数 週 日
分娩状態 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> さかご <input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子(かんし) <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他()	
栄養 <input type="checkbox"/> 完全母乳 <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input type="checkbox"/> ミルク	

2. 発達状況

首の座り 月	寝返り 月	おすわり 月
ハイハイ 月 ※期間は? _____カ月	つかまり立ち 月	つたい歩き 月
一人歩き 月	階段登り 月	最初に歯が抜けたのは? 歳 カ月
発達に関する指摘を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (歳)		

裏面も記載願います。

8. 以下のような絵の姿勢で寝たり座ったりしていますか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
正面 	背面 
その他にも普段の生活で姿勢が悪いと思うことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 『はい』の場合 <input type="checkbox"/> 横座り（お姉さん座り） <input type="checkbox"/> 崩した正座 <input type="checkbox"/> その他：	

9. 靴の底はどのように減っていますか？

かかと内側が減っている かかと外側が減っている 前側が減っている

その他 (_____)

10. スポーツ（バレエ等、身体を使う習い事や外で遊ぶことも含む）を行っていますか？

いいえ はい

種目： _____ 頻度 週 _____ 回： _____ 分程度/回

種目： _____ 頻度 週 _____ 回： _____ 分程度/回

種目： _____ 頻度 週 _____ 回： _____ 分程度/回

裏面も記載願います。

