

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。

3 生活環境

未就学時の遊び
 アウトドア派 インドア派
 インドア派の場合よくしていた遊びは？
 ブロック トミカ、プラレール 人形遊び：シルバニア等
 ゲーム 本読み その他（ ）

室内
 ダイニングテーブル、ソファ等の椅子生活 座卓での床生活
 その他（ ）

同居家族構成図

小学校入学前
 幼稚園
 保育園（入園時期：月齢_____ 預かり時間_____時間）
 その他 例：祖父母宅での預かり等が長時間で床生活が●●時間 等
 （ ）

4. 成長痛が起きた事がありますか？
 いいえ
 はい 頻度： 毎日 週1度程度 月1度程度 その他（ ）

5. 既往歴
 （ ）

6. 現在治療中の病気
 （ ）

7 ご家族・ご親族の中に、ご病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？
 いいえ
 はい（ ）



11.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

12.本日来院された理由をお聞かせ下さい。

<input type="checkbox"/> 足を頻繁に痛がる	<input type="checkbox"/> 歩き方がおかしい	<input type="checkbox"/> よく転ぶ
<input type="checkbox"/> 足の形がおかしい	<input type="checkbox"/> 左右の足の長さが違う	<input type="checkbox"/> 疲れやすい
<input type="checkbox"/> 学校の定期健診で指摘を受けた (指摘箇所： _____ 背骨 _____ 脚 _____ 足 _____ 関節 _____)		
<input type="checkbox"/> その他 例：足首が内側に向いている 等 いつ頃から？ (_____ 歳位から)		

13.脚に関して、他の病院や、整体院等を受診されたことはありますか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院 _____ 整体院 _____ その他 (_____))
「はい」にチェックされた方はその病院等でどのようなアドバイスを受けましたか？ <input type="checkbox"/> 問題ないと言われた <input type="checkbox"/> 経過を見ましようと言われた <input type="checkbox"/> 手術を勧められた <input type="checkbox"/> その他 (_____)

14 成長に関して

父親の身長； _____ cm	母親の身長； _____ cm
成長に関する治療経験は？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある : <input type="checkbox"/> サプリメント <input type="checkbox"/> 漢方 <input type="checkbox"/> 通院 (病院名)： _____	

15.どちらで当院をお知りになりましたか？

紹介 (_____)

※医師紹介状等ありましたら事前に受付にご提示願います。

ネット広告 ネット検索：検索ワード (_____) SNS

その他 (_____)

16.医師に聞きたい事、確認したい事がありましたら記載ください。

以上ありがとうございました。