

No _____

小児 リハビリテーション問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

氏名: _____ 男・女 (歳 ヲ月)

連絡先: (自宅) _____ (携帯) _____

※連絡の取りやすい時間帯

1) 本日、受診された理由をお書きください (気になること、困っていること)

2) 出生時の状況についてご記入ください

在胎期間: _____ 週 出生時体重: _____ g

※以下当てはまる項目があれば にチェックをつけてください

分娩時の状態: 普通分娩 吸引分娩 帝王切開 その他()

お子様の状態: 仮死 黄疸 痙攣 その他()

3) お子様の成長・発達についてご記入ください

① 首の座り	歳 ヲ月ごろ (_____)
② 寝返り	歳 ヲ月ごろ (_____)
③ お座り	歳 ヲ月ごろ (_____)
④ 四つ這い	歳 ヲ月ごろ (_____)
⑤ 一人歩き	歳 ヲ月ごろ (_____)
⑥ 発語	歳 ヲ月ごろ (_____)
⑦ 食事	歳 ヲ月ごろ開始 (_____)

※現在(一人で可能・一部介助・全介助)

⑧ 着替え (一人で可能・一部介助・全介助)

⑨ 排泄(小便) (一人で可能・一部介助・全介助)

⑩ 排泄(大便) (一人で可能・一部介助・全介助)

⑪ その他

4) 家族構成(同居家族に○をつけて下さい)

父親 母親 こども(歳)(歳) (歳) その他()

5) 通学している園や学校

6) 利用している医療・社会福祉サービスがあれば、ご記入ください

療育施設() リハビリ(PT・OT・ST) 身障手帳()級 療育手帳()

訪問リハビリ 訪問看護 訪問介護 放課後デイ

7) リハビリに来院できる曜日・時間帯すべてに○をつけてください

月)AM PM 火)AM PM 水)AM PM 木)AM PM 金)AM PM 土)AM

※ 考慮した方がよい事情等あればお書きください。

(_____)

※ 曜日によっては受け入れが難しいことがあります。出来るだけ多く希望を書いていただくと助かります。

インテーク日時: 年 月 日 担当者: