

小児リハビリ問診表（初回用）

記入日： 年 月 日

児童氏名： 生年月日： 年 月 日 生 歳 カ月
保護者氏名・年齢： (歳) 連絡先（携帯）：

●妊娠中および出産のことについてご記入下さい

- ①妊娠_____週にて出産、出産時の母の年齢：_____歳
②分娩時間：_____時間、 初・経産
③出産の状態：正常分娩・かんし分娩・帝王切開・麻酔分娩・難産・その他（ ）
④出産：出産時体重_____g、身長_____cm、頭囲_____cm、胸囲_____cm
黄疸： 強 ・ 普通 仮死： あり ・ なし
⑤その他：

●出産後12カ月位までの状態についてご記入下さい

- ①乳の飲み方：（普通 ・ 弱かった ・ 曰くらい飲めなかつた）
②栄養の取り方：（母乳 ・ 人工 ・ 混合 ）
③泣き方はどうでしたか（泣き声の強さ・頻度・時間）：
④身体が弱かったです：（はい ・ いいえ） 病名：
⑤ひきつけ・けいれんを起こしたことはありますか：（はい ・ いいえ）
いつ； どのような；
⑥主な養育者はだれですか： 母親 ・ 父親 ・ 祖父母 ・ その他（ ）
⑦その他・気になる点：

●お子さんの現在の日常生活動作について、当てはまるもの全てに○を振ってください

| 1. 食事 | 3. 自宅内移動手段 | 4. 外出時 |
|-----------------|-------------|-------------|
| 自力摂取 | 独歩（装具あり・なし） | 独歩（装具あり・なし） |
| 全量介助 | 介助歩行 | 介助歩行 |
| 使用物品 | 歩行補助具（ ） | 歩行補助具（ ） |
| スプーン・フォーク | 車椅子 | 車椅子・バギー |
| 介助箸・手づかみ・その他（ ） | 伝い歩き | その他（ ） |
| 2. 入浴 | 四つ這い・ずり這い | |
| 自力座位（座り方： ） | 寝返り | |
| 介助座位（福祉用具： ） | その他（ ） | |
| 抱っこ | | |
| その他（ ） | | |

●発育・運動発達の状態について以下のことを始めた年齢・月齢をご記入下さい

| | | | |
|-----|---|--|----------------|
| 運動面 | 首が座る ; _____ ケ月 | 寝返り ; _____ ケ月 | お座り ; _____ ケ月 |
| | 四つ這い ; _____ ケ月 | 一人立ち ; _____ ケ月 | 歩行 ; _____ ケ月 |
| 生活面 | コップから飲む ; _____ ケ月 | ストローの使用 ; _____ 歳 _____ ケ月 | |
| | スプーンの使用 ; _____ 歳 _____ ケ月 | 箸の使用 ; _____ 歳 _____ ケ月 | |
| | こぼさず一人で食べる ; _____ 歳 _____ ケ月 | | |
| | トイレを教える ; _____ 歳 _____ ケ月 | 一人で大便をする ; _____ 歳 _____ ケ月 | |
| | 大きなボタンの留め外し ; _____ 歳 _____ ケ月 | | |
| 社会性 | 人見知り ; _____ 歳 _____ ケ月 | 後追い ; _____ 歳 _____ ケ月 | |
| | いないいないバーを喜ぶ ; _____ 歳 _____ ケ月 | | |
| | ごっこ遊びをする ; _____ 歳 _____ ケ月 | | |
| | テレビを見て身振りを真似する ; _____ 歳 _____ ケ月 | | |
| 言語面 | 発語「_____」 ; _____ ケ月 | 「おいで」がわかる : _____ ケ月 | |
| | 啞語 ; _____ ケ月 | 2語文（ママチョウダイ・ワンワンキタ） ; _____ 歳 _____ ケ月 | |
| | 名前を呼ばれてわかる ; _____ 歳 _____ ケ月 | | |
| | 絵本を見て動物やものの名前を聞くと指さしする ; _____ 歳 _____ ケ月 | | |

●癖・習慣についてご記入ください。

①気になる癖・習慣などはありましたか

指しゃぶり · 爪噛み · 性器いじり · 融通がきかない · 空気が読めない · 一方的に話す
落ち着きがない · すぐ癪癩をおこす · 物をなくす、忘れ物が多い · 不器用
その他 ()

②利き手（よく使う側）はどちらですか： 右 · 左 · 両方

③偏食はありますか：

④夜尿はありますか（頻度・量など）：あり（ ） · なし

⑤夜泣きはありますか（頻度・状況・時間など）：あり（ ） · なし

⑥睡眠は充分とっていますか： とれている · とれていない （平均睡眠時間：約 時間）

●現在、定期的な医師の診察や薬の服用があればご記入下さい

・ 医師の診察（頻度　月に1回など） あり（ ） · なし

病院名 _____ 主治医 _____

・ 診察の目的 _____

・ 服薬中の薬名

* お薬手帳をご持参いただいても結構です

| 薬名 | 回数・量 | 処方病院・医師名 |
|----|------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

● 1日の生活リズム

| 時間 | 6:00 | 8:00 | 10:00 | 12:00 | 14:00 | 16:00 | 18:00 | 20:00 |
|--------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 活動場所 | | | | | | | | |
| 活動内容 および 補助具 | | | | | | | | |
| 保護者 | | | | | | | | |

● 現在までに重い病気や、高熱、発作、事故等の経験があればご記入下さい

いつ頃；

どのような；

● 現在のお子さんについてご記入ください

①お子様の身長 _____ cm、体重 _____ kg

②学校（幼稚園・保育園）名： _____ 、普通級・支援級・持ち出し（

③利用している医療・福祉サービス等：

④好きな遊び、興味があること：

⑤苦手なこと（音や光などの刺激、感触など）：

⑥今までに発達検査等を受けたことがありますか あり（いつ； 年 月）・なし

遠城寺式乳幼児分析的発達検査法 ・ 新版K式発達検査法 ・ WISC-IV

KABC ・ その他（ ）

● 保護者の方についてご記入ください

①仕事はしていますか： はい ・ いいえ

頻度； 日/週 時間； フルタイム ・ パートタイム

②家族以外で家事や育児の協力者はいますか： はい ・ いいえ

● 現在のお子さんの様子・行動などで困っている所、心配していることはありますか

またリハビリに対して希望する事があればご記入下さい

例：学校で席に座っていることが出来ない。身体に触られることが大変でお風呂を嫌がる。