

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）：

●妊娠中および出産時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 ・ 日くらい飲めなかった）
- ②栄養の取り方：（ 母乳 ・ 人口 ・ 混合 ）
- ②泣き方はどうでしたか（泣き声の強さ・頻度・時間）：
- ③身体が弱かったですか：（ はい ・ いいえ ） 病名：
- ④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；
- ⑤とてもおとなしくあまり手がかからなかった：（ はい ・ いいえ ）
- 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; _____ヶ月 寝返り; _____ヶ月 お座り; _____ヶ月
 四つ這い; _____ヶ月 一人立ち; _____ヶ月 歩行; _____ヶ月

生活面 : コップから飲む; _____ヶ月 ストロウの使用; _____歳 _____ヶ月
 スプーンの使用; _____歳 _____ヶ月 箸の使用; _____歳 _____ヶ月
 こぼさず一人で食べる; _____歳 _____ヶ月
 トイレを教える; _____歳 _____ヶ月 一人で大便をする; _____歳 _____ヶ月
 大きなボタンの留め外し; _____歳 _____ヶ月

社会性 : 人見知り; _____歳 _____ヶ月 後追い; _____歳 _____ヶ月
 いないいないバーを喜ぶ; _____歳 _____ヶ月
 ごっこ遊びをする; _____歳 _____ヶ月
 テレビを見て身振りを真似する; _____歳 _____ヶ月

言語面 : 発語「_____」; _____ヶ月 「おいで」がわかる: _____ヶ月
 喃語: _____ヶ月 2語文(ママチョウダイ・ワンワンキタ); _____歳 _____ヶ月
 名前を呼ばれてわかる; _____歳 _____ヶ月
 絵本を見て動物やものの名前を聞くと指さしする; _____歳 _____ヶ月

●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 ・ すぐ癩癩をおこす ・ 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睡眠は充分とれていますか: 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。