



# 仙台ゲゼンハイトカイロプラクティックオフィス

小児カイロプラクティック・初回インタビューシート

(保護者の方がボールペンでご記入下さい)

## フリガナ

お子様のお名前： \_\_\_\_\_  
生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年：（大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年） \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日：年齢： \_\_\_\_\_  
保護者のお名前：母 \_\_\_\_\_ 父 \_\_\_\_\_  
保護者の職業：母 \_\_\_\_\_ 父 \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
電話番号：自宅・携帯： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
ご兄弟はいらっしゃいますか？  はい： \_\_\_\_\_ 人； \_\_\_\_\_ 歳

仙台ゲゼンハイトカイロプラクティックオフィスは、主に通院されている患者様、またはその御家族や友人の方々からの紹介で成り立っています。どうやって当院をお知りになりましたか？

- 紹介：紹介者名： \_\_\_\_\_  
 ホームページ/インターネット  
 セミナー・講演会

カイロプラクティック・ケアは、「せなかを通る神経システムの機能向上と活性化」を目的とし、患者様が本来持つ、自己修復能力の回復と健康状態の改善をお手伝いするものです。来院された理由は何ですか？

学術調査によると、せなかを通る神経システムとそれを保護する脊柱(せきちゅう)の精密検査を定期的に受けることは非常に重要であることが分かっています。過去にカイロプラクティック医師(または国際基準の資格保持者)のオフィスに通院したことがありますか？

ある： \_\_\_\_\_ 回 / \_\_\_\_\_ 年  ない

お産について:当てはまるものに☑をつけて下さい

- 自然(経膣)分娩  骨盤位(逆子)  帝王切開  鉗子・吸引分娩  
 総合病院  産科医院  助産院  自宅出産  その他 \_\_\_\_\_

アプガー点 1分 \_\_\_\_\_ 5分 \_\_\_\_\_

妊娠中に何かトラブルはありましたか？  はい  いいえ  
「はい」の場合、そのトラブルについてお聞かせ下さい

出産時に何かトラブルはありましたか？  はい  いいえ  
「はい」の場合、そのトラブルについてお聞かせ下さい

お子さまに何か先天性の問題はありますか？  はい  いいえ  
「はい」の場合、その問題についてお聞かせ下さい

生まれてすぐに：

- 体が青くなる(チアノーゼ) ことはありましたか？  はい  いいえ  
体が黄色くなる(黄疸、おうだん) ことはありましたか？  はい  いいえ



授乳について：当てはまるものに☑をつけて下さい

- 母乳 ミルク 混合 吸い付く力が弱かった うまく飲み込めなかった  
飲む量が少なかった げっぷがうまくできなかった  
吐くことが多かった 片方のおっぱいからしか飲まなかった

離乳したのはいつごろですか？ \_\_\_\_\_頃

離乳食について、アレルギーやその他問題はありましたか？ はい いいえ  
「はい」の場合、その問題についてお聞かせ下さい

\_\_\_\_\_

お子さまの睡眠について：ぐっすり良く眠る ふつう あまり良くない

夜に何時間くらい眠りますか？ \_\_\_\_\_時間くらい

高い熱の出る病気にかかったことはありますか？ はい いいえ  
「はい」の場合、以下の点についてお聞かせ下さい  
いつ \_\_\_\_\_ 度ぐらの熱が \_\_\_\_\_ 日ぐらい続いた

検査や治療内容 \_\_\_\_\_

その時にひきつけ、けいれんをおこしましたか？ はい いいえ  
「はい」の場合、 \_\_\_\_\_ 回くらい

その後、発育や発達の様子が 変わった 変わらない  
「変わった」の場合、具体的にお聞かせ下さい

\_\_\_\_\_

過去に入院・手術を経験した方々の多くは、その後遺症が原因で、せなかを通る神経システムになんらかの問題をもっておられます。いままで、お子様が入院または手術を経験されたことはありますか？ はい いいえ

「はい」の場合:理由： \_\_\_\_\_

いつごろですか？： \_\_\_\_\_

「痛み」や「症状」は、からだの異常や問題を知らせる危険信号です。市販薬や処方薬は、そのからだの『危険信号』を感じなくさせるだけでなく、さまざまな副作用を引き起こし、結果として本来持つ自己修復能力をさまざまに、健康状態をより悪化させることとなります。現在お子様が服用している薬などありますか？

はい いいえ

「はい」の場合:薬剤名： \_\_\_\_\_

どのくらいの期間： \_\_\_\_\_

今回の当院でおこなう検査の結果から、あなたの健康状態の回復&改善のためにカイロプラクティック・ケアが必要であるとカイロプラクティック医師が判断した場合、医師のアドバイスに従うことを希望しますか？

- する  
しない

私の知る範囲において、上記の内容が真実であることを認めます。

署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日