



PERSONAL INFORMATION

Name: _____

Address: _____

Town: _____ State: _____ P/Code: _____

Phone: H: _____ M: _____

Girl Boy D.O.B.: _____ Age: _____

Emergency Contact: _____

Mother's Name: _____

Mother's Occupation: _____

Mother's Phone: _____

Mother's Email: _____

Father's Name: _____

Father's Occupation: _____

Father's Phone: _____

Father's Email: _____

当院をご紹介してくださった方は? _____

本日はどうなさいましたか?

お子様の健康診断 その他: _____

すでにお子様がお持ちの場合、ご説明ください:

緊急治療を受けたことがありますか? はい いいえ

それはどのような状況でしたか?:

妊娠歴

妊娠中経験したもの全てにチェックしてください

腰痛 / その他の痛み 妊娠糖尿病 妊娠高血圧腎症 / 子癇 B 型溶連菌

早産 むくみ 吐き気 / 嘔吐 疲れ

その他: _____

出産歴

当てはまるもの全てにチェックしてください

病院出産 助産所出産 自宅出産 経膈分娩 助産婦

帝王切開 誘発分娩 無痛 / 和痛 かんし / 吸引 逆子

出産時、問題はありましたか? _____

抗生物質 先天性異常 成長障害 黄だん 胎便

呼吸窮迫症 長期入院 B 型肝炎 / ビタミン K 注射 その他: _____

成長&発育

授乳法: 母乳 哺乳瓶 粉ミルク

睡眠時間: _____ 睡眠の質/寝つき: _____

何歳/何ヶ月で出来るようになりましたか?:

音への反応: _____ はいはい: _____ 首が座る: _____

立ちあがる: _____ 支えなしで座る: _____ 自立歩行: _____

発育と健康

すでに発症したもの全てにチェックしてください:

水ぼうそう はしか 百日咳 おたふく風邪 風疹

すでにかかったもの、かかっているもの全てにチェックしてください:

アレルギー インフルエンザ 頭痛/偏頭痛 神経炎
 貧血 腹痛/逆流性食道炎 心臓疾患 外科的疾患
 手/腕の問題 けいれん/発作 若年性突発性関節炎
 ぜんそく 言語発達障害 高血圧 麻痺
 背中/腰の痛み 糖尿病 多動性 食欲不振
 夜尿症 消化不良 (下痢/便秘) ヘルニア 行動障害
 関節の疾患 鼻炎/鼻づまり 骨折 めまい
 足の問題 結核 慢性の耳の痛み 失神
 首の問題 歩行障害
 その他 _____

予防接種は受けましたか?: いいえ はい 予定通り 予定より遅れた

アレルギー・薬・手術歴・家族の病歴

あればご記入ください: _____

きょうだい

お子様は何人きょうだい?: _____ 過去の妊娠回数?: _____

それぞれの年齢: _____ 現在妊娠中ですか? いいえ はい 予定日? _____

お子様の健康の悩み: _____ 今回の妊娠での悩み? _____

検査・治療同意書

小児カイロプラクティックは、極めて安全性が高く、その治療効果が認められています。検査・治療は、お子様の不快感を伴う場合がありますが、詳細を説明しながら進行していきます。当院では、スタッフ自身の子供や親族を診療するのと同等のケアを患者に提供しておりますが、要望があれば即座に検査・治療の進行を中止し、この同意書の取り消すことができます。

子供の検査・治療の十分な説明を受け、担当のカイロプラクターによる実施に同意します。

保護者氏名 _____

サイン: _____ 日付: _____