



# 小児リハビリテーション問診票



あんどこどもクリニック



## 【基本情報】

フリガナ	生年月日： 年 月 日	年齢： 歳
氏名： (男/ )	学年：	利き手：
健康面（該当項目にチェック）		
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> てんかん（最終発作： )
<input type="checkbox"/> 吃音・どもり	<input type="checkbox"/> アレルギー（ )	
<input type="checkbox"/> 関節脱臼	<input type="checkbox"/> その他（ )	

## 【生活面での様子】

食事： <input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 一部お手伝い <input type="checkbox"/> 半分お手伝い <input type="checkbox"/> すべてお手伝い
使用物品： <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 介助箸 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 他（ )
身だしなみ： <input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 一部お手伝い <input type="checkbox"/> 半分お手伝い <input type="checkbox"/> すべてお手伝い
着替え： <input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 一部お手伝い <input type="checkbox"/> 半分お手伝い <input type="checkbox"/> すべてお手伝い
トイレ： <input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 一部お手伝い <input type="checkbox"/> 半分お手伝い <input type="checkbox"/> すべてお手伝い
お風呂： <input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 一部お手伝い <input type="checkbox"/> 半分お手伝い <input type="checkbox"/> すべてお手伝い
感覚で気になることはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 聴覚（聞こえ方） <input type="checkbox"/> 視覚（見え方） <input type="checkbox"/> 触覚（触れること） （具体的に： )
要求の伝え方
<input type="checkbox"/> 人を引っ張っていく <input type="checkbox"/> 指さしで伝える <input type="checkbox"/> 身振り <input type="checkbox"/> 言葉
<input type="checkbox"/> その他（ )

## 【集団（園や学校）での様子・困りごと】

加配あり

加配なし

--

## 【お子さんについて】

好きな遊び・興味のあること

--

苦手なこと

--

現在のお子さんの様子・行動などで特に心配していることはありますか？

また、その他に伝えておきたいことやリハビリに対して希望することがあればご記入下さい。

--



記載にご協力いただきありがとうございました。

あんどこどもクリニック リハビリテーション

