【頭の形外来】 初診問診票

患者様お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （フリガナ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	生年月日： 20＿＿年＿＿月＿＿日 （生後＿＿ヶ月） 性別：［ 男 ・ 女 ］
保護者様お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：＿＿）	連絡先お電話番号：＿＿＿＿ - ＿＿＿＿ - ＿＿＿＿

1. 本日の受診理由について （該当するものすべてに☑）

☐ 後頭部の片側が凹んでいる・左右非対称（斜頭）　☐ 後頭部全体が平ら・絶壁（短頭）　☐ 頭が前後に長い（長頭）
☐ おでこや目、耳の位置が左右でずれている気がする　☐ 他院（小児科や健診）で受診を勧められた
☐ ヘルメット治療を検討・相談したい　☐ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2. 変形の経過と向き癖

・気付き始めた時期： 生後 ＿＿＿ ヶ月頃 （ または ☐ 出生直後から ）
・変形の症状推移： ☐ 強くなっている　☐ 変わらない　☐ 改善してきている
・向き癖の有無： ☐ ある（ ☐ 右向き ・ ☐ 左向き ）　☐ ない

3. 周産期・出生時の情報 （※修正月齢の算出に必要です）

・出生週数： ＿＿＿ 週 ＿＿＿ 日 ／ 出生時体重： ＿＿＿＿＿＿ g
・分娩形態： ☐ 経膣分娩 （ ☐ 吸引分娩 ・ ☐ 鉗子分娩 ）　☐ 帝王切開
・胎位： ☐ 頭位　☐ 骨盤位（逆子）
・多胎（双子など）： ☐ いいえ　☐ はい

4. 既往歴・現在治療中の疾患

・持病・ケガ等： ☐ 特になし（健康）　☐ あり（疾患名・状態：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
・アレルギー・皮膚症状（アトピー・湿疹等）： ☐ ない　☐ ある
・痙攣歴（熱性けいれん・てんかん等）： ☐ ない　☐ ある

5. 発達の状況 （発達遅滞・異常のスクリーニング）

・乳幼児健診での指摘： ☐ なし　☐ あり（指摘内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
・首すわりの状況： ☐ 完了している（生後 ＿＿＿ ヶ月頃）　☐ まだ（グラグラする）　☐ 練習中
・首の傾き・可動域： ☐ 問題なさそう　☐ いつも同じ方向に傾く　☐ 特定方向を向かせようとすると嫌がる
・あやすと笑う・追視する： ☐ はい　☐ いいえ / 気になる
・寝返り・お座りなどの発達： ☐ 月齢相応　☐ やや遅れを感じる

6. これまでの対策・他院受診について

・ご自宅での工夫： ☐ タオル・ドーナツ枕の使用　☐ 体位変換　☐ タミータイム（うつ伏せ練習）　☐ 特になし
・他院でのご相談・受診歴： ☐ ない（当院が初めて）
☐ ある（ 病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ／ 状況： ☐ 検討中　☐ 受診済　☐ 受診予定 ）

7. 当院をお選びいただいた理由 （該当するものすべてに☑）

☐ 当院産科で出産されたため　☐ 総合病院で安心・設備が整っているため　☐ 医師・小児科からの紹介
☐ 乳幼児健診での勧め　☐ 知人・SNS 等の口コミ　☐ インターネット検索　☐ 公式 HP・ブログ等を見て
☐ 通いやすい場所（アクセス）　☐ 専門医（形成外科医）がいるため　☐ ヘルメットの種類・治療法に惹かれたため
☐ 費用・価格面　☐ その他（＿＿）

8. ヘルメット治療に対するご希望 （現時点での考え）

☐ 条件が合えばすぐに治療を受けさせたい　☐ 医師の診断・評価を聞いてから判断したい
☐ ポジショニング（姿勢改善）の方法を知りたい　☐ 病的な問題（早期結合症等）がないかの確認・健診目的