

Q1、今回はどのようなお悩みがありますか？

- ☐頭の変形 ☐便秘(回/週) ☐むきぐせ(右・左)
☐反り返り ☐癩癧 ☐発達の遅れ()
☐その他 ()



Q2、頭の変形の場合、どのような状態が分かれば教えてください

- ☐頭の変形（絶壁：後頭部が偏平になっている）
☐頭の変形（右斜頭：右側の後頭部がへこんでいる）
☐頭の変形（左斜頭：左側の後頭部がへこんでいる）
☐頭の変形（長頭：頭が縦長になっている）
☐どれかわからない
☐その他 ()



Q3、改善するためにされていることはありますか？

()



Q4、生活リズムについて教えてください

就寝時間 (:) 起床時間 (:)
夜間授乳 ()回 連続して寝続ける時間 () 時間



Q5、妊娠から出産について教えてください

分娩方法 ☐普通分娩 ☐帝王切開 ☐無痛分娩
 ☐吸引分娩 ☐鉗子分娩 ☐逆子 ☐陣痛促進剤
授乳方法 ☐完全母乳 ☐完全ミルク ☐混合 (:)
大きな病気やお医者さんから言われていることなどがありますか？
()



Q6、当院に来院するきっかけになったものに☑をお願いします

☐ホームページ ☐インスタグラム ☐グーグルマップ ☐その他 ☐紹介 () 様

フリガナ

お子様の名前： _____ TEL： _____

〒 _____ 住所 _____

誕生日 R 年 月 日 (ヶ月) 何人目のお子さまでですか？ () 人目

ご記入頂きありがとうございました。お呼びするまで少々お待ちください。