

外来リハビリ問診票<基本情報>

令和 年 月 日 記入者: \_\_\_\_\_

利用者氏名: \_\_\_\_\_ 利用者生年月日: \_\_\_\_\_ 利用者年齢: \_\_\_\_\_

保護者氏名: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_ (平日日中連絡のつく番号)

障害程度 身体障害者手帳 ( ) 種 ( ) 級 療育手帳 ( ) 市町村: \_\_\_\_\_

項目	内容			
身体状況	身長 ( ) cm 体重 ( ) kg			
病院名 病名・障害名 紹介状	病院名 ( ) 病名 ( ) 障害名 ( ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
主訴				
てんかん (発作症状)	<input type="checkbox"/> あり(回数 月に 回、週に 回、日に 回) ( ) <input type="checkbox"/> ない			
薬剤使用	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし			
呼吸	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ装着 <input type="checkbox"/> 呼吸器使用(機種: ) <input type="checkbox"/> エアウェイ使用 <input type="checkbox"/> 姿勢に注意が必要 <input type="checkbox"/> 吸引が必要(頻度: ) <input type="checkbox"/> 特になし			
姿勢	<input type="checkbox"/> 首の座りなし <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寄りかかって座位 <input type="checkbox"/> 座位可 <input type="checkbox"/> 四つ這い可 <input type="checkbox"/> 膝立ち移動 <input type="checkbox"/> つかまり立ち可 <input type="checkbox"/> ひとり立ち可 <input type="checkbox"/> 歩行自由 <input type="checkbox"/> 車椅子の使用(有・無)			
移動	<input type="checkbox"/> 移動不可 <input type="checkbox"/> 軸まわり <input type="checkbox"/> 背這い <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> いざり移動 <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> 膝立ち移動 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 両手支え歩き <input type="checkbox"/> 片手支え歩き <input type="checkbox"/> 独歩可 <input type="checkbox"/> 走る			
発達状況	姿勢運動面		知的精神面	
	頸定	獲得時期 月	視覚的 オリエンテーション	固視 月 追視 月
	寝返り	背→腹 月 腹→背 月	快の表出	一人笑い 月 あやし笑い 月
	肘這い	交互性 (+・-) 月 獲得時期 月	音への反応	動きを止める 月 音源定位 月
	お座り	手支持 (+・-) 月 獲得時期 (+・-) 月	母の認知	他人との区別 月 後追い 月
	四つ這い	交互性 (+・-) 月 獲得時期 月	人見知り	開始時期 月 対象
	つかまり立ち	獲得時期 月 方向(左・右)	要求時の発声	(+・-) 月
	つたい歩き	獲得時期 月	喃語	(+・-) 月
	ひとり立ち	獲得時期 月	発語	(+・-) 月
	独歩	獲得時期 月	言語理解	(+・-) 月
			芸の模倣	(+・-) 月
			やりとり遊び	(+・-) 月
			二語文	(+・-) 月
	食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 自立(箸・スプーン) <input type="checkbox"/> 経管 ( )		
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 押しつぶし <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 ( ) トロミ(有・無) <input type="checkbox"/> アレルギー(あり・なし)			
	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食(初・中・後・完了期) ( ) 回/日 摂取時間 ( ) 分			
排泄	<input type="checkbox"/> 知らせないで全介助 <input type="checkbox"/> 知らせるが全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助不要			
	<input type="checkbox"/> オムツ使用する(日中: 夜間: ) <input type="checkbox"/> オムツ使用しない			

