

大阪市立総合医療センター『乳児の頭の変形外来』を初診されるまでの経過についてのご質問

頭位性斜頭の調査のため、当院を受診される前の頭の形の変化について確認させていただきます。わかる範囲で結構ですので下記の質問にお答えください。

1. ご協力頂ける方の関係、年齢を教えてください。

関係：父・母・祖父・祖母・その他（ ）

年齢：（ ）歳

2. 紹介元の病院を受診したきっかけを教えてください。どちらか1つに○をお願いします。

① 自ら希望した

② 家族に勧められた

③ 知人・友人に勧められた

④ 医療機関で勧められた（医療機関名： ）

⑤ その他（ ）

3. ヘルメット治療についてどこで知りましたか？どちらか1つに○をお願いします。

① 当院ホームページ

② TV（よろしければ番組名： ）

③ You Tube（よろしければチャンネル名： ）

④ X（旧 Twitter）

⑤ Instagram

⑥ Facebook

⑦ 雑誌（よろしければ雑誌名： ）

⑧ ブログ（よろしければブログ名： ）

⑨ 知人の口コミ

⑩ その他（ ）

⑪ 特に知らない・調べていない

4. 頭の形の変形外来受診にあたり、頭のゆがみがあることで心配なことや気になっていることはどれですか。最大3つまでに○をお願いします。

① 頭の骨の病気ではないかどうか

② 聴力（耳の聞こえ）について

③ 咬合（歯のかみ合わせ）・歯並びについて

④ 運動発達について

⑤ 身体のゆがみについて

⑥ 斜視や視覚（ものの見え方）について

⑦ 頭痛について

⑧ その他（ ）

⑨ 特になし

患者 ID：

患者氏名：

5. 頭の形についてお尋ねします。

生まれた直後には頭の変形はありましたか？

(あり 、 なし)

-1) “あり” とお答えいただいた方にお尋ねします。

その変形はどんなものでしたか？

(

)

-2) その変形は、どのように変化しましたか？それとも変化はありませんでしたか？

(

)

-3) “なし” とお答えいただいた方にお尋ねします。

頭の形が変形していることに気がついたのはいつ頃ですか？

(ヶ月ごろ)

6. 向き癖についてお尋ねします。

-1) 生まれてすぐ、向き癖はありましたか

(あり 、 なし)

-2) 向き癖に気づいたのはいつごろですか

(ヶ月ごろ)

-3) 向き癖はどのように変化しましたか

(

)

7. その他、気がついたことがあればご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

患者 ID :

患者氏名 :