

電話/メール/郵送による予後調査

患者ID

調査日

- 1 お子さんの今日現在の年齢を教えてください。(電話の場合は不要) ()歳()か月
- 2 お子さんは病院や療育施設などに入院中ではないですか? (元氣とわかっている
2' 入院中の場合、どちらに入院中ですか? いる場合は不要)
- 3 養育者はどなたですか? ご両親ですか?(わかっている場合は不要)
- 4 お子さんの最近の体重を教えてください。いつ頃はかりましたか? ()Kg ()年()月頃
- 5 お子さんに何らかの障がいがありますか?
5' (ありの場合)具体的に教えてください
- 6 現在次のような医療的ケアを受けていますか?
気管切開、経管栄養、人工呼吸器、在宅酸素、胃瘻栄養、など
- 7 視力障害がありますか?
7' (ありの場合)どちらかの目が見えていないといわれたことがありますか?
- 8 補聴器を使用していますか?
- 9 医師または理学療法士に脳性麻痺といわれたことがありますか?
- 10 補助なしで10歩以上歩けますか? 補助すれば10歩以上歩けますか?
- 10' (補助しても歩行不可能の場合)補助なしで座れますか? 支えれば座れますか?
- 11 意味のある単語を話しますか? いくつぐらい言えますか?
- 12 簡単な指示が理解できますか?
- 13 積み木を1個以上つめますか?
- 14 バイバイなどのまねをしますか?
- 15 絵や物を指さしますか?

入院していない
 入院中 → 病院
 療育施設
 その他()

両親
 母親のみ
 父親のみ
 両親以外

なし
 あり → ()

なし
 気管切開
 経管栄養
 人工呼吸器
 酸素(HOT)
 胃瘻
 その他

なし
 あり → なし
 あり

なし
 あり

なし
 あり

補助無しで可能
 補助して可能
 補助しても不可能 → 補助無しで可能
 補助して可能
 補助しても不可能

はい3語以上
 はい1・2語のみ
 いいえ
 不明

はい
 いいえ
 不明

はい
 いいえ
 不明

はい
 いいえ
 不明

はい
 いいえ
 不明